العلاج المعرفي السلوكي

تأليف
مايكل نينا
ويندي درايدن

ترجمة
د. عبد الجواد خليفة أبو زيد



نقطة أساسية وتكنيك



الإهداء

إلى صديقي، وقرة عيني، وأول الغيث، ابني الحبيب أحمد

إلى قلب أبيها، وواسطة العقد، ابنتي الجميلة ملك

إلى روح أبيها، ونبع الحب، والبهجة، ابنتي الجميلة ليلى

عبد الجواد خليفة



مقدمة الطبعة العربية

يعد العلاج المعرفي السلوكي، أحد العلاجات النفسية التي نمت وتطورت من خلال البحوث العلمية، وأظهرت تلك البحوث أن العلاج المعرفي السلوكي من أكثر العلاجات النفسية فاعلية في علاج كثير من الاضطرابات النفسية مثل القلق، والاكتئاب، والمخاوف، والاضطراب الوجداني، وسوء استخدام المواد المخدرة، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الطعام، وعدد متنوع من الاضطرابات النفسية الأخرى، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على الوقت الحاضر، وعلى تعلم مهارات متنوعة، وطرق تفكير جديدة، والتدريب على حل المشكلات، وعلى أهمية الواجبات المنزلية، والتعاون بين المعالج والمريض، وينتمي الكتاب الذي بين أيدينا إلى منحى العلاج المعرفي السلوكي، ويرجع اختيار ترجمة هذا الكتاب إلى عدة أسباب من أهمها، ندرة الكتب العربية في مجال العلاج المعرفي السلوكي، وتوفير أحد مصادر العلاج المعرفي السلوكي الذي يتميز بالحداثة، والبساطة، والوضوح، والتنظيم، والذي يمكن أن يستفيد منه المعالجون المبتدئون، والمحترفون على حد سواء، وكذلك تصحيح بعض الأخطاء الشائعة التي يقع فيها بعض المعالجين، ويمكن كذلك اعتباره إطارًا مرجعيًا للمتدربين، والمرشدين النفسيين المهتمين بهذا النوع من العلاج، إلى جانب تركيز الكتاب على عرض التكنيكات العلاجية دون الإسهاب في الإطار النظري، وهو الاتجاه الذي نميل إليه ونتبناه، والذي يميز هذا الكتاب عن كثير من المصادر الأخرى.

يتضمن الكتاب الذي بين أيدينا شرحًا مبسطًا لمئة نقطة أساسية، وتكنيك علاجي، وتشمل تلك النقاطُ والتكنيكاتُ المئةُ نظريةَ العلاج المعرفي السلوكي، والأخطاءَ الشائعة حول العلاج المعرفي السلوكي، وصياغةَ الحالة، وطرقَ اكتشاف الأفكار الآليّة والرد عليها، وطرقَ اكتشاف المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية وتعديلها، وإدارةَ الانتكاس، بالإضافة إلى شرح موجز للموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.

هناك بعض النقاط التي وجب الإشارة إليها في مستهل هذا الكتاب، ومن أهم تلك النقاط، استخدام كلمة «مريض» بدلاً من كلمة «عميل» على الرغم من شيوع

كلمة «عميل» في الأصل الأجنبي الذي تُرجم، وهناك جدل مشتعل حول استخدام كلمة «مريض» في مقابل كلمة «عميل» في الأوساط العلمية المهتمة بالعلاج النفسي، ولسنا بصدد مناقشة هذا الجدل أو تعميقه، ولكننا فضلنا استخدام كلمة «مريض» بدلاً من عميل لعدة أسباب تمثل قناعتنا الشخصية، ومن أهمها:

- تأكيد بعض المعالجين أن من يطلب المساعدة لا يعنيه المصطلح الذي تطلقه عليه سواء استخدمت لفظ «مريض» أم استخدمت لفظ «عميل»، والمهم هو جودة الخدمة المقدمة.
- يرفض بعض المعالجين استخدام كلمة عميل لأنها تصور مقدم الخدمة كرجل أعمال، وطالب الخدمة كعميل، وتعكس اهتمامًا بالمعاملات المادية أكثر من تقديم الرعاية الصحية النفسية، وأن هذا المصطلح يسيء إلى العلاقة بين المعالج والمريض.
- على الرغم من أن الكلمات التي نستخدمها تعكس تفكيرنا في المساعدة التي نقدمها، وأن المصطلح الذي يستخدمه المعالج مهم، ليس بسبب ما يظنه المريض، ولكن بسبب ما يظنه المعالج، حيث يعكس كل من المصطلحين أيديولوجية المعالج، ورغم شيوع استخدام كلمة «مريض» من قبل الأطباء، حيث تصور كلمة «مريض» المرء على أنه يعاني الأذى والقصور، والضعف، وبحاجة إلى تشخيص دقيق من أجل تقديم العلاج الملائم، ورغم إدراج كلمة عميل في الكتابات والممارسات العلمية للتعبير عن رفض الطريقة الطبية، واستخدام كلمة «عميل» كتعبير إنساني يعكس القدرة على النمو والتغيير، حيث يكون العملاء على دراية بما هو أفضل بالنسبة إليهم، وأن المشكلات النفسية ليست أمراضًا يجب علاجها، ولكنها حالات ذاتية واغتراب اجتماعي، فالعلاج ليس موجهًا نحو المرض، ولكن نحو مساعدة الأشخاص على إيجاد حلول واتجاهات جديدة في الحياة، فنحن لا نتفق مع تلك الآراء رغم وجاهتها، فنحن مرضى لدى أطباء الأسنان، وأطفالنا مرضى لدى أطباء الأطفال، وهكذا، وهذا لا يعني أننا أو أطفالنا عاجزون، وإنما يعني أننا فقط بحاجة إلى رعاية خاصة تجاه شكوانا، ومن هنا فنحن نميل أكثر إلى استخدام كلمة مريض لأنها أكثر تعبيرًا عن معاناة المريض، الذي قد يتسبب مرضه في إنهاء حياته في بعض الأحيان، أو تعطلها وانهيارها في أحيان أخرى.
- يشير كثيرون إلى أن استخدام كلمة «مريض» هي الأكثر ملاءمة في الممارسات العلاجية النفسية لأربعة أسباب:

الأول: أنها أكثر دقة، فأصل كلمة «Patient» في اللاتينية تشير إلى الشخص الذي يعاني ويحتاج إلى رعاية خاصة للتخفيف أو التخلص من تلك المعاناة.

الثاني: أنها تعبر عن قدر أكبر من المسؤولية، حيث يوجد فرق كبير في طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض مقارنة بالعلاقة بين مقدم الخدمة والعميل، ومن ثم تختلف مسؤولية المعالج تجاه المريض حيث يكون المعالج في بعض الحالات مسؤولاً عن حياة المريض، وكذلك مسؤولاً عن كم كبير من التفاصيل التي يعرفها عن المريض.

الثالث: الحميمية، حيث يفوق مستوى الحميمية في العلاقة العلاجية ما تحمله كلمة «عميل» من معانٍ، وذلك لأننا نلتقي بالمرضى في أحلك أوقاتهم، ونناقش أعمق أسرارهم، وفي كثير من الأحيان نلتقي بذويهم إذا كان ذلك في مصلحة العملية العلاجية.

الرابع: الثقة، حيث تؤسَّس العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض على الثقة، فلا يمكن تحقيق الأهداف العلاجية دون ثقة المريض في المعالج، وفي المنحى الذي يتبناه.

وخلاصة القول أن الجدل حول كلمة «مريض» في مقابل كلمة «عميل» ليس جدلاً حول الكلمة المستخدمة، أو حول ما يحب أن يسمعه طالب المساعدة، ولكن حول الطريقة التي يفكر بها المعالج.

من النقاط المهمة التي وجب التنبيه لها أيضا تغيير بعض الأمثلة، وعدم الالتزام بالترجمة الحرفية لتلك الأمثلة، وذلك لعدم ملاءمتها للثقافة العربية، كذلك شُرِحَت بعض التعبيرات التي وردت مقتضبة في الأصل الأجنبي، التي قد يجهلها بعض القراء، وتم شرحها، ووضعها في الهامش أسفل الصفحة التي ورد بها كل تعبير من هذه التعبيرات.

أشكر الله الذي وفقني لاختيار هذا الكتاب، ومنحني الصبر، والتوفيق، والإرادة لترجمته، وأسأله أن يكون علمًا نافعًا، وعملاً متقبلاً، وأرجو لكم قراءة ممتعة.

د. عبد الجواد خليفة أبو زيد

القاهرة ديسمبر ٢٠١٨م

العلاج المعرفي السلوكي

طُبِّق العلاج المعرفي السلوكي، في العقود الثلاثة الأخيرة على عدد كبير من المشكلات (بما في ذلك اضطرابات القلق، وسوء استخدام المواد المخدرة، واضطرابات الطعام) وكذلك على عدد متنوع من الجماهير (الأطفال، والمراهقين، والمسنين) ويوصي المعهد الوطني للصحة والرعاية المتميزة، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي خيارًا أول لعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية.

يمثل كتاب «العلاج المعرفي السلوكي: ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك» شرحًا دقيقًا وموجزًا لمئة نقطة أساسية وتكنيك علاجي شائع في مجال العلاج النفسي، ويحظى بدعم الأدلة التجريبية، وتغطي هذه النقاط والتكنيكات المئة نظرية العلاج المعرفي وتطبيقاته، مقسمة إلى عدة أقسام لتحقيق أكبر استفادة ممكنة، وتتضمن تلك الأقسام:

- المفاهيم الخطأ حول العلاج المعرفي السلوكي.
- تعليم النموذج المعرفي.
- التقييم وصياغة الحالة.
- الواجبات (واجبات المساعدة الذاتية).
- طرق اكتشاف الأفكار الآليّة السلبية، والرد عليها.
- التجارب السلوكية.
- المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية.
- إدارة الانتكاس.
- الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي.

أما عن الطبعة الثانية من هذا الكتاب، التي بين أيدينا الآن، فقد روجعت، وحُدِّث عدد كبير من النقاط فيها، وأُضيفَ عدد من النقاط الجديدة إليها. ويعد هذا الكتاب المفيد دليلاً أساسيًا بالنسبة إلى المعالجين، والمرشدين النفسيين، من المتدربين أو المتخصصين على حدٍّ سواء، الذين يحتاجون إلى التأكد من أنهم على دراية كاملة بالخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، كجزء من مقدمة عامة عن العلاجات النفسية الأساسية الحالية.

مايكل نينا Michael Neenan: المدير المساعد لمركز إدارة الضغوط، ومركز التوجيه والإرشاد بمدينة بلاك هيلث، لندن، والمعالج المعرفي السلوكي المعتمد، الذي قام بكتابة وتحرير أكثر من ٢٠ كتابًا.

ويندي درايدن Windy Dryden: أستاذ دراسات العلاج النفسي في كلية جولد سميث، جامعة لندن، وأحد البارزين عالميًّا في العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي، وقد عمل بالعلاج النفسي أكثر من ٣٠ عامًا، وهو مؤلف ومحرر أكثر من ٢٠٠ كتاب.

إلى لورانس، لدعمه وإخلاصه الدائمين

مايكل نينا

الفهـــــرس

الجزء الثالث

تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي

فلنبدأ

طرق اكتشاف الأفكار الآليّة

فحص الأفكار الآليّة السلبية، والرد عليها

الواجبات المنزلية

طرق اكتشاف الافتراضات والقواعد (المعتقدات الوسيطة)

تعديل الافتراضات والقواعد

الكشف عن المعتقدات الأُساسية

تطوير وتعزيز معتقدات أساسية جديدة

نحو إنهاء العلاج وما بعده

العلاج المعرفي السلوكي: هل هو مخصص للمرضى فقط؟

قضايا أخرى

تقـــــديـــم

العلاج المعرفي السلوكي[١]مصطلح شامل يتضمن عددًا من الأساليب العلاجية مثل العلاج العقلاني لانفعالي السلوكي[٢]، والتدريب على حل المشكلات، والعـــلاج المعرفي[٣]، والعلاج ما وراء المعرفي[٤]، والعلاج بالقبول والالتزام [٥]، والعـــلاج الجدلي السلوكي[٦]، والعلاج المعرفي القائم على التعقل[٧]، وتختلف هذه المنـــاحي العلاجية في التركيز المتباين على المبادئ والتكنيكات المعرفية في مقابل السلوكية، ولكنها تسعى جميعًا إلى استبدال السلوكيات، والانفعالات، والأفكار غيـــر التكيُّفيـــة بأخرى أكثر تكيُّفًا (Craske, 2010: 4) والنموذج السائد في مجال العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج المعرفي، الذي طوره أرون بيك Aaron T. Beck (ولد ســـنة ١٩٢١)، وهو طبيب نفساني أمريكي، كان يعمل فـــي جامعـــة بنـــسلفانيا أوائـــل الستينيات، ويعد نموذج بيك هو المحور الأساسي لهذا الكتاب، وقد غُيِّر اسم معهـــد بيك في فيلادلفيا من معهد العلاج المعرفي إلى معهد العلاج المعرفـــي الـــسلوكي، ليعكس حقيقة أن العلاج المعرفي يناقش في كثير من الأحيان تحت اســـم العـــلاج المعرفي السلوكي (Beck and Dozois, 2011).

لقد ركز منحى بيك في البداية على بحوث الاكتئاب وعلاجـــه (Beck et al., 1979) ولكن في العقود الثلاثة الأخيرة طُبِّق العلاج المعرفي السلوكي على عـــدد متزايد من المجالات بما في ذلك اضطرابات القلـــق[٨] (Clark and Beck, 2010) وسوء استخدام المواد المخدرة[٩] (Beck et al., 1993) واضطرابات الشخصية[١٠]

---

(1) Cognitive behaviour therapy.
(2) Rational emotive behaviour therapy.
(3) Cognitive therapy.
(4) Metacognitive therapy.
(5) Acceptance and commitment therapy.
(6) Dialectical behaviour therapy.
(7) Mindfulness-based cognitive therapy.
(8) Anxiety disorders.
(9) Substance abuse.
(10) Personality disorders

(Davidson, 2008) والذهان[١١] (Morrison, 2001) والاضطراب الوجداني ثنائي القطب[١٢] (Newman et al., 2002) والمشكلات الطبية المزمنة (White, 2001) واضطرابات الطعام[١٣] (Fairburn, 2008) والأطفال، والشباب، والأسر (Fuggle et al., 2013) وكبار السن (James, 2010) وعلى الرغم من التطبيقات المتزايدة باستمرار، والتعقيد الظاهري للعلاج المعرفي السلوكي، فإن حجر الزاوية في النظرية المعرفية، وفي علاج الاضطرابات الانفعالية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي يتجلى في العبارة البسيطة التالية «تؤثر الطريقة التي نفكر بها على الطريقة التي نشعر بها» (Clark and Beck, 2010: 31).

ويلتزم العلاج المعرفي السلوكي بدرجة قوية بالأدلة المستمدة من البحوث التجريبية العلمية (Clark and Beck, 2010) أي البحث عن التدعم العلمي لنظرية العلاج المعرفي السلوكي، واختبار فاعلية استخدامها إكلينيكيًا، وليست البحوث التجريبية منهجًا فحسب، بل هي أيضًا عقلية تهدف إلى التخلي عن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الأساسية إذا لم تدعمها الأدلة المستمدة من نتائج البحوث العلمية، ويُشجَّع المعالجون على تبني نموذج العالم المهني[١٤]، من خلال الاعتماد على الأدلة البحثية لإثراء ممارساتهم الإكلينيكية، وكذلك تقييم فاعلية ممارساتهم العلاجية، كما يُشجَّع المرضى على اتخاذ موقف تجريبي من خلال تعريضهم لأفكارهم ومعتقداتهم الخطأ لاختبار وفحص مدى واقعيتها، من أجل بناء وجهات نظر أكثر فائدة ودقة.

يرى المعالجون أصحاب التوجهات الأخرى أن معرفة السلوك البشري وتغييره تنبع من مجموعة متنوعة من المصادر (مثل: الفلسفة، والأدب، والتقاليد الروحانية) وليست العلوم فقط، فالمنحى العلمي لا يستطيع الإجابة عن جميع الأسئلة ذات الأهمية حول حالة الإنسان، ونستطيع القول من خلال خبراتنا أنه ليس كل معالج معرفي سلوكي يمكن أن يطلق على نفسه اسم «معالج تجريبي صارم» بمعنى أن يكون قائدًا في عمله الإكلينيكي، ولا يكون ذلك إلا من خلال بيانات البحوث العلمية (نحن نضمن أنفسنا داخل هذه المجموعة).

منذ الطبعة الأولى من هذا الكتاب،التي صدرت سنة ٢٠٠٤، تسارعت إجراءات توفير العلاج المعرفي السلوكي في المملكة المتحدة من خلال مبادرة

---

(11) Psychosis
(12) Bipolar disorder
(13) Eating disorders
(14) Scientist practitioner

ممولة من الحكومة لتيسير الحصول على العلاج النفسي، وفي هــذه المبــادرة أو البرنامج هناك طريقتان للحصول على العلاج المعرفي السلوكي: إما بكثافة عاليــة «العلاج المعرفي السلوكي القياسي» وهو محور الكتاب الذي بــين أيــدينا، وهــذه الطريقة مخصصة للمرضى الذين يعانون مشكلات شديدة وحــادة، وإمــا بكثافــة منخفضة تستهدف المرضى الذين يعانون مشكلات نفسية خفيفــة إلــى متوســطة، وتشمل هذه التدخلات العلاج الذاتي المدعوم من المعالج، مثــل المرضــى الــذين يستخدمون الواجبات العلاجية في المساعدة الذاتية، والعــلاج المعرفــي الــسلوكي المحوسب، وعادة ما تكون الجلسات أكثر إيجازًا، وأقل عددًا، ويمكــن إجراؤهــا وجهًا لوجه، أو تليفونيًا، أو عبــر البريــد الإليكترونــي، أو ســكايب، أو داخــل مجموعات علاجية، ونحن نعمل مع بعض مرضانا (في أماكن عملنا الخاصة) من خلال استخدام هذه التدخلات المنخفضة الكثافة، وذلك إذا رأينا أن اســتخدام الإدارة الذاتية هي الطريقة المناسبة لعلاج مشكلاتهم التــي يعانونهــا، ويوصــي المعهــد الوطني للصحة والرعاية المتميزة، وهو هيئة مستقلة تقدم إرشادات حول العلاجات المستخدمة في المملكة المتحدة، باستخدام العلاج المعرفي السلوكي باعتباره العلاج الأول لمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية.

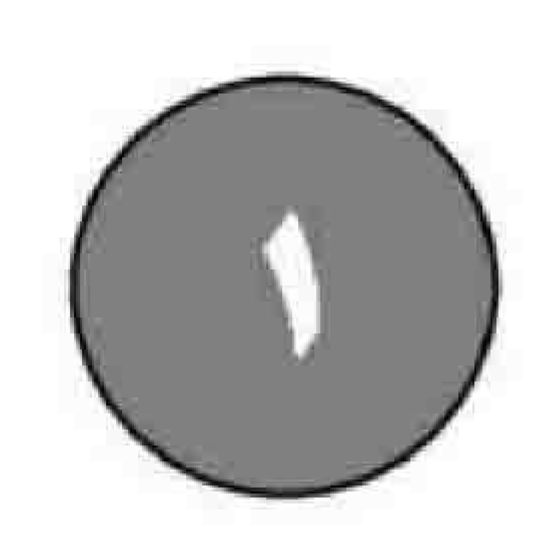
لقد قمنا في هذا الكتاب بتوضيح وشرح ١٠٠ نقطة أساسية وتكنيــك للعــلاج المعرفي السلوكي، بتفاصيل متفاوتة لكل تكنيك، وتغطي هذه النقــاط والتكنيكــات المئة نظرية العلاج المعرفي السلوكي وممارساته، وشرح المفاهيم الخطأ حول هذا المنحى العلاجي، ويستهدف هذا الكتاب المتدربين على العلاج المعرفي الــسلوكي، وكذلك الممارسين المحترفين، والمتخصصين في الإرشاد النفسي المهتمــين بهــذا المنحى، الذين يحتاجون إلى الإلمام به كجزء من مقدمة عامة عن العلاجات النفسية الأساسية الحالية، ونأمل أن يشمل هذا عددًا كبيرًا من القراء.

مايكل نينا

ويندي درايدن



نظرية العلاج المعرفي السلوكي



ليست الأحداث
في حد ذاتها هي ما يحدد مشاعرنا،
ولكن الطريقة التي نفسر بها تلك الأحداث

من أساسيات نموذج العلاج المعرفي أن العقل البشري ليس وعاءً سلبيًا للتأثيرات والعوامل البيئية والبيولوجية، بل على العكس من ذلك يشارك الأفراد بنشاط في بناء واقعهم (Clark, 1995, 156)، ومن أجل فهم استجابة الفرد الانفعالية لحدث معين، فمن المهم اكتشاف المعنى الذي يسقطه الفرد على الأحداث في حياته: أي تفسيره الذاتي للواقع، وعلى سبيل المثال: يعتقد الشخص الذي تركته شريكته أنه لا يمكن أن يكون سعيدًا، ولا يمكنه التكيُّف، وأنه سوف يصبح مكتئبًا بدونها، بينما يشعر شخص آخر تركته شريكته بالارتياح لأنه يعتقد أنه قد تحرر من علاقة خانقة، في حين يشعر شخص ثالث بالذنب لأنه يعتقد أن سلوكه كان سيئًا لذلك تركته شريكته، وهو نفس الحدث للأشخاص الثلاثة في المثال السابق، ولكن ليس رد الفعل الانفعالي نفسه، وذلك لأن رد الفعل الانفعالي يعتمد على تفسير كل منهم للحدث، وليس الحدث في حد ذاته، لذلك إذا أردنا أن نغير ما نشعر به علينا أن نغير طريقة تفكيرنا فيه.

ويستند المفهوم الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي إلى الفلسفة الرواقية* والفلاسفة الرواقيين القدماء، مثل أبكتاتوس Epictetus، وماركوس أوريليوس Marcus Aurelius ووجهة نظرهم في التحكم العقلي، التي تشير إلى أن أفكارنا ومعتقداتنا تقع ضمن سيطرتنا، في حين أن كثيرًا من الأشياء التي تحدث لنا في الحياة خارجة عن نطاق السيطرة، ومن ثَمَّ يمكننا اختيار كيفية استجاباتنا لهذه

---

* الرُّواقية بضم الراء وتشديدها مذهب فلسفي يوناني، أنشأه الفيلسوف اليوناني زينون الرواقي،وهو يقول: «إن العالم كلٌّ عضويّ، تتخلله قوة الله الفاعلة، وإن رأس الحكمة معرفة هذا الكل، مع تأكيد أن الإنسان، لا يستطيع أن يلتمس هذه المعرفة، إلا إذا كبح جماح عواطفه، وتحرر من الانفعال». ويدعو الرواقيون إلى التناغم مع الطبيعة، والصبر على المشاق، ويعتقد الرواقيون أن المشاعر الهدامة، مثل الخوف والحسد، والحب الملتهب هي أحكام خطأ، وأن الإنسان الحكيم لا يخضع لهذه المشاعر، ومن ثَمَّ، فإن ما يدل على درجة إدراك الفرد هو تصرفاته وأعماله وليس أقواله، وقد أطلق عليهم لقب «الرواقيون» لأنهم عقدوا اجتماعاتهم في الأروقة في مدينة أثينا، حيث نشأت هذه الفلسفة هناك، نحو عام ٣٠٠ ق.م.

الأحداث، وأن الأحداث في حد ذاتها لا تملي علينا ردود فعل انفعالية محددة، وعلى سبيل المثال: إن فقدان وظيفتك نتيجة الركود الاقتصادي خارج عن سيطرتك، أما أن تفقد احترامك لذاتك فهذا هو الحكم الذي أصدرته على نفسك كونك عاطلاً (لمزيد من النقاش الممتع حول الفلسفة الرواقية وعلاقتها بالعلاج المعرفي السلوكي انظر: (روبرتسون، ٢٠١٠).

وليس معنى هذا أن العلاج المعرفي السلوكي الحديث يؤكد أن المشكلات الانفعالية التي يعانيها الشخص هي ببساطة من إبداع عقله، ولكن يعني أن تأثير الأحداث السلبية (التعرض للسطو مثلا) يمكن أن يتفاقم بشكل كبير بسبب الأفكار والمعتقدات السلبية غير التكيُّفية التي تتداخل مع قدرتنا على التعامل بشكل بناء مع مثل هذه الأحداث (وعلى سبيل المثال:لا يمكنني أبدًا أن أشعر بالأمان مرة أخرى في بيتي بغض النظر عن عدد الأقفال التي أضعها على النوافذ والأبواب) ويساعد العلاج المعرفي المرضى على تقديم وجهات نظر بديلة من أجل معالجة مشكلاتهم (نفس المثال السابق من منظور علاجي: أعرف أن الإجراءات الأمنية الجيدة سوف تساعدني على الحفاظ على سلامتي في بيتي، ولكنني أدرك وأقبل، دون أن يعجبني ذلك أنه لا يمكن أن يكون هناك ضمان بعدم السطو على منزلي مجددًا). إن تقديم وإبداع وجهات نظر بديلة يؤكد مبدأ العلاج المعرفي وهو أن هناك طرقًا متعددةً لرؤية الأشياء، ومن ثم يختار كل منا وجهة نظره التي يرى الأشياء من خلالها (Butler and Hope, 1996) وحتى في أهوال أوشفيتز* التي لا توصف، يرى فيكتور فرانكل Viktor Frankl – وهو طبيب نفساني شهير – أن كل شيء يمكن أن يسلب من الإنسان إلا حريته في اختيار طريقته في التفكير في الأحداث من حوله (1985: 86).

---

* يعتبر معسكر أوشفيتز أحد أكبر معسكرات الاعتقال والإبادة النازية ورمز محرقة الهولوكوست الأساسي، وأقيم المعسكر المكون من ثلاثة معسكرات رئيسة في بولندا إبان الاحتلال النازي لها في الحرب العالمية الثانية، وأقيم معسكر أوشفيتز بناء على أفكار هاينريك هملر وزير الداخلية الألماني في فترة الحكم النازي، وأبيد في هذا المعسكر الرهيب أكثر من ١,١ مليون شخص غالبيتهم من اليهود، وفي يناير ١٩٤٥ حُرِّر المعسكر من قبل الجيش الأحمر السوفيتي، وأُدرج المعسكر الذي يزوره سنويًا مئات الآلاف في لائحة مواقع التراث العالمي عام ١٩٧٩.



تصبح معالجتنا للمعلومات مشوهة عندما نتعرض لتجربة انفعالية سيئة

تأسست النظرية المعرفية على نموذج معالجة المعلومات الذي يفترض أن تفكير الشخص يصبح أكثر صرامة وتشويشاً عندما يمر بخبرة نفسية سيئة، وتصبح الأحكام مطلقة، ومفرطة العمومية، وتصبح المعتقدات الأساسية للشخص عن ذاته، وعن العالم ثابتة (Weisharr, 1996: 188) وفي حالات السواء من المرجح أن يتحقق الشخص من انطباعاته وتقييماته الذاتية من أجل الحصول على معلومات واضحة ودقيقة، وعلى النقيض من ذلك حينما يمر الشخص بخبرة انفعالية سلبية عادة ما يقوم هذا الشخص بتشويه المعلومات الواردة إليه، عن طريق تحيز فكري سلبي ثابت، بحيث يصبح متصلبًا ومفرط التعميم، وعلى سبيل المثال: تشعر إحدى السيدات بالضيق لأنها لم تُدْعَ إلى حفلة أحد الأصدقاء، اعتقادًا منها أنها غير مرحب بها، وبدلاً من التأكد من أسباب عدم دعوتها، أو النظر إلى الموقف بعقل متفتح، تصبح منغلقة على ما افترضته من أفكار ومعاني، مما يكدر مزاجها، لذلك فإن التفكير المشوه يقف خلف جميع الاضطرابات النفسية (Ledley et al., 2010) وعادة ما تنتج هذه التشوهات المعرفية عن معتقدات غير تكيُّفية ومختلة، تنشط في أثناء الخبرات الانفعالية السيئة، وعلى سبيل المثال: الشخص المصاب بالاكتئاب نتيجة انتهاء علاقة ما يصر على ترديد «سأكون دائمًا بمفردي» (قراءة الغيب) لأنه يعتقد أنه غير جذاب (معتقد أساسي) وتتضمن أخطاء التفكير الشائعة عند معالجة المعلومات في أثناء التعرض لخبرة انفعالية سلبية ما يلي:

- مبدأ الكل أو لا شيء[1]: حيث ينظر إلى المواقف والأشخاص على أساس إما/ وإما، وعلى سبيل المثال بمنتهى البساطة:«إما أنك جدير بالثقة وإما لا».
- القفز إلى الاستنتاجات[2]:ويعني إصدار أحكام متسرعة دون التدقيق فيها، وعلى سبيل المثال: يقول المريض بعد الجلسة العلاجية الأولى:«العلاج لن يساعدني».

---

(1) All or nothing thinking.

(2) Jumping to conclusions.

- قراءة الأفكار[٣]: ويعني ادعاء معرفة أفكار الآخرين دون وجود دليل يـــدعم هذه الادعاءات، وعلى سبيل المثال:«لم يبتسم مديري في وجهي هذا الصباح، وهذا يعني أنه غير راضٍ عن عملي».
- التسمية[٤]: وتعني إلصاقَ صفات سلبية بالــذات، أو العـــالم، أو الآخـــرين، وعلى سبيل المثال «لم أفهم ما قاله مثل بقية المجموعة، وهـــذا يعنـــي أنني غبي».
- الاستدلال الانفعالي[٥]: ويعني افتراض أن المشاعر عبارة عن حقائق، وعلى سبيل المثال «أشعر بعدم الكفاءة، وهذه حقيقة» (عدم الكفاءة اعتقـــاد ولـــيس شعورًا، انظر النقطة ٤٨).

إن تعليم المرضى كيفية تحديد وتصحيح هذه الأخطاء أو هذه التحيزات يسهل من عملية إعادة معالجة المعلومات بطريقة تتسم بالاستناد إلى الأدلـــة، والمرونـــة، والنسبية (غير مطلقة) وفي المثال الوارد في الفقرة الافتتاحية تكتشف المريضة أن صديقها قد دعاها إلى الحفل ولكن «أمي هي من تسلمت الدعوة ونسيت أن تمررها لي، ولولا شعوري بالضيق، لما قفزت إلى ذهني تلك الاستنتاجات السلبية» وإذا لم تكن قد دُعيَت رغم توقعها ذلك، فستحتاج إلى الاتصال بـــصديقها لمعرفـــة ســـبب استبعادها من قائمة المدعويين، وحتى لو كان صديقها قد استبعدها عمدًا، فهـــذا لا يعني أنها غير مرغوب فيها، وحتى الشخص الذي لا يضمن استمرار صـــداقاته أو تنتهي صداقته بأحد الأشخاص، عليه أن يتعلم التكيُّف مع هذه الحقيقة غير المرحب بها.

---

(3) Mind-reading.
(4) Labelling.
(5) Emotional reasoning.



عادة ما يُفهَم الاضطراب الانفعالي عن طريق فحص ثلاثة مستويات من التفكير

للتفكير ثلاثة مستويات هي: الأفكار الآليّة السلبية(١)، والافتراضات/ القواعد الضمنية(٢) أو ما يطلق عليها المعتقدات الوسيطة، والمعتقدات الأساسية(٣).

- **الأفكار الآليّة السلبية:** هي مجموعة من الأفكار اللاإرادية التي ترتبط بموقف محدد، وتقفز فجأة إلى ذهن المريض حينما يعاني حالةً انفعالية مثل الاكتئاب أو القلق، وهي تبدو مقبولة للمريض، ويصعب إيقافها، وغالبًا ما تقع الأفكار الآليّة خارج نطاق الوعي الحالي للمريض، ولكن يمكن استدعاؤها سريعًا إلى وعي المريض باستخدام أسئلة العلاج المعرفي السلوكي المعدة لهذا الغرض مثل«ماذا كان يدور في عقلك في تلك اللحظة عندما وصلت إلى الاجتماع في وقت متأخر؟» (إجابة المريض:«أنا دائمًا متأخر، أنا غير منضبط،أنا كسول، سوف ينظر إليَّ زملائي نظرة متدنية» ويمكن أن تنشط الأفكار الآليّة من خلال أحداث خارجية، أو أحداث داخلية (على سبيل المثال اضطراب ضربات القلب: أتعرض لنوبة قلبية، يا إلهي، سوف أموت) ويمكن أن تأتي الأفكار الآليّة أيضًا في شكل صور، وعلى سبيل المثال «يرى الشخص نفسه في غاية الحرج» إذا ارتكب خطأ فادحًا في حفل زفاف صديقه المفضل، وعادة ما يكون المرضى أكثر وعيًا بمشاعرهم مقارنة بوعيهم بالأفكار التي سببت لهم هذه المشاعر (Beck, 2011).
- **المعتقدات الوسيطة:** وتتضمن الافتراضات الأساسية (على سبيل المثال «إذا أعجب بي الآخرون، فعندئذٍ ينبغي أن أتقدم في الحياة») والقواعد (على سبيل المثال «لا ينبغي أن أخيب ظن الناس بي»)، وتتضمن المعتقدات الوسيطة توجيه السلوك، ووضع المعايير، وتحديد القواعد التي يجب إتباعها، وغالبًا ما

(1) Negative automatic thoughts.
(2) Underlying assumptions/rules.
(3) Core beliefs.

تكون هذه الافتراضات، والقواعد غير مفهومة، ويمكن أن يكون من الصعب على المرضى اكتشافها، وعادة ما تصاغ الافتراضات في صورة «إذا...إذًا» أو «إذا لم ... إذًا» بينما تصاغ القواعد في صورة «يجب، ويلزم» وهذه الافتراضات، والقواعد هي الوسيلة التي يأمل الأشخاص من خلالها تجنب مواجهة معتقداتهم الأساسية السلبية وجهًا لوجه «على سبيل المثال: أنا غير كفء»، وفي واقع الأمر لا تكون صحة المعتقدات الأساسية موضع شك، لذلك تعمل الافتراضات والقواعد على الحفاظ عليها، وتعزيزها، وتلوح مشكلة في الأفق عندما لا يكون سلوك الشخص هو ما ينبغي أن يكون عليه، وعندما لا تُستوفَى المعايير، وكذلك عندما تُنتهَك القواعد، والمشكلة الناتجة عن ذلك هي تفعيل المعتقد الأساسي السلبي من حالته الخاملة، ويَفترض بيك وآخرون Beck et al. (1985) أن الافتراضات غير التكيُّفية غالبًا ما تركز على ثلاث قضايا أساسية، هي: القبول (على سبيل المثال«أنا لا شيء إذ لم أكن محبوبًا») والكفاءة (على سبيل المثال «أنا ما أنجزه») والتحكم أو السيطرة (على سبيل المثال «لا أستطيع طلب المساعدة») وتكون القواعد والافتراضات ظرفية أو موقفية، وتعرف أيضًا باسم المعتقدات الوسيطة لأنها تقع بين الأفكار الآلية السلبية، والمعتقدات الأساسية (Beck, 2011).

- **المعتقدات الأساسية:** (تعرف أيضًا باسم المخططات، انظر أدناه) وهي المستوى الثالث، والأعمق من التفكير، وتكون المعتقدات الأساسية السلبية غير شرطية، ومفرطة التعميم (على سبيل المثال «أنا بائس») وعادة ما تُشكل من خلال خبرات التعلم المبكرة، وتظل كامنة حتى تُنشَّط من خلال أحداث الحياة ذات الصلة (على سبيل المثال «يرى المريض نفسه غير كفء لعدم استيفائه معايير الكفاءة، والالتزام، والانضباط التي يتبناها») وبمجرد تفعيل تلك المعتقدات الأساسية السلبية تتم معالجة المعلومات بطريقة متحيزة تؤكد هذه المعتقدات، وتنفي وجود معلومات مناقضة لها(على سبيل المثال «ماذا يعني إذا كنت غالبًا أحضر الاجتماعات في الموعد المحدد؟ أنا مازلت غير كفء وغير منضبط»). يمكن أن يكون المعتقد الأساسي حول الذات (على سبيل المثال «أنا غير محبوب») وحول الآخرين (على سبيل المثال «لا يمكنني الوثوق بأحد») وحول العالم (على سبيل المثال «كل شيء ضدي») وبمجرد أن يمر الموقف الضاغط، تصبح المعتقدات الأساسية السلبية معطلة، أو تعود إلى حالتها الكامنة، ويُنظَر إلى الأمور بصورة أكثر إيجابية (قد تظل

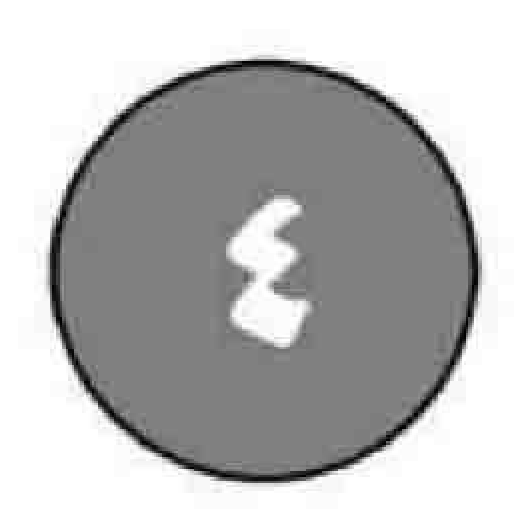
المعتقدات الأساسية السلبية نشطة معظم الوقت بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون اضطرابات الشخصية، انظر ديفيدسون، ٢٠٠٨).

كيف تتفاعل هذه المستويات الثلاثة؟ يشعر الفرد بالاكتئاب حينما لا يحصل على تقدير (A) في الامتحان، إن اعتقاده الأساسي الكامن «أنا فاشل» يتم تنشيطه بسبب عدم قدرته على الارتقاء إلى مستوى حكمه الصارم، وهو أنه يجب أن يكون الأفضل في كل شيء يفعله، وأن عقله يفيض بالأفكار الآليّة السلبية «لا أستطيع أن أريهم وجهي في الكلية، اهرب واختبئ، كل من في الكلية يسخرون مني»إن العمل على مستوى الأفكار الآليّة السلبية يؤدي إلى الشعور بالراحة، بينما العمل على المعتقدات الوسيطة (القواعد/ الافتراضات) والمعتقدات الأساسية السلبية يقلل من احتمالية تأثر المريض بالخبرات الانفعالية السلبية في المستقبل، أو بمعنى آخر يقلل من احتمالية حدوث الانتكاسة.

إن الاستراتيجية العلاجية المعتادة في العلاج المعرفي السلوكي هي التدخل على مستوى الأفكار الآليّة السلبية، ثم الانتقال إلى الافتراضات/ القواعد، ثم المعتقدات الأساسية، ومن المهم أن نشير إلى أنه ليس كل مشكلات المرضى سوف تخضع لهذا الفحص ذي المستويات الثلاثة، فقد يركز العلاج المعرفي السلوكي القصير المدى في المقام الأول على تعديل الأفكار الآليّة السلبية (كما يساعد بشكل غير مباشر على تنشيط المعتقدات الأساسية الإيجابية التي تكون لدى المريض، والتي تكون غير نشطة مؤقتًا) بينما يركز على القواعد/ الافتراضات حينما تكون المشكلات متكررة، ويكون الهدف الأساسي هو العمل على المعتقدات الأساسية السلبية عند علاج المشكلات التي تتطلب العلاج طويل المدى، ويفترض دوبسون، ودبسون Dobson and Dobson (2009) أنه من المحتمل أن تتغير المعتقدات الأساسية السلبية بشكل تدريجي دون تعديلها بشكل مباشر إذا استمر المرضى في التفكير والتصرف بشكل مختلف على المدى الطويل.

نود أن ننهي هذه النقطة بملاحظة فنية حول المخططات، والمعتقدات الأساسية، فالمخططات المعرفية هي أبنية منظمة للمعلومات المخزنة التي تحتوي على تصورات الفرد عن الذات والآخرين، والأهداف، والتوقعات، والذكريات (Beck and Dozois, 2011) وتمثل المعتقدات الأساسية (مثل «أنا لست بخير» و«لا يمكن الوثوق بالناس») محتوى المخططات، وكما تشير هذه الأمثلة من المعتقدات الأساسية السلبية، يركز العلاج المعرفي السلوكي على المخططات المعرفية غير التكيُّفية، التي تعالج المعلومات الواردة بطريقة سلبية متحيزة، أما

عن بعض الكتاب والمتخصصين في العلاج المعرفي السلوكي فيمكنهم استخدام مصطلحات مثل المعتقدات الأساسية، والمخططات المعرفية بنفس المعنى، وبشكل متبادل، لأنه على الرغم من أن المخططات هي أساس الإطار المعرفي، فإنه يمكن التعبير عنها في صورة معتقدات (Dobson, 2012: 82) كما أننا سوف نستخدم هذين المصطلحين بالتناوب عبر هذا الكتاب.



يوجد تفاعل بين الأفكار، والمشاعر، والسلوك، والجوانب الفسيولوجية، والجوانب البيئية

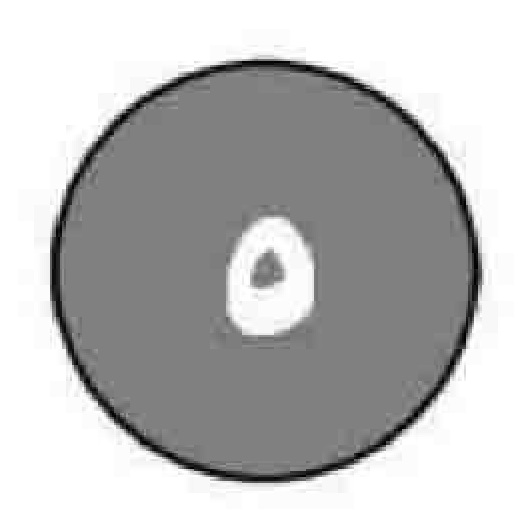
لا يتبنى العلاج المعرفي نموذجًا أحاديًّا في تفسير الاضطرابات النفسية، ويعد اكتشاف المعنى (الأفكار والمعتقدات) الذي يفسر به المرضى الأحداث في النموذج المعرفي أمرًا بالغ الأهمية لفهم ردود أفعالهم الانفعالية والسلوكية تجاه هذه الأحداث، ومع ذلك لا ينظر إلى المعرفة في العلاج المعرفي السلوكي بمعزل عن أنظمة الاستجابة الأخرى داخل الفرد، ولكن ينظر إليها من خلال تفاعلها مع سلوكه، وأجهزته الفسيولوجية، ومشاعره، وتتفاعل كل هذه الأنظمة مع السياق البيئي الشامل، مثل العيش في حي ترتفع فيه معدلات الجريمة، أو العيش في حي صاخب، وكل عنصر من هذه العناصر قادر على التأثير في بقية العناصر في دورة تفاعلية، ويفترض غرينبرغر وبادسكي (Greenberger & Padesky (1995 أن فهم كيف تتفاعل هذه الجوانب الخمسة خلال الخبرات الحياتية، يمكن أن يساعد المريض على فهم مشكلاته بصورة أفضل، وعلى سبيل المثال، المريضة التي فقدت وظيفتها (البيئة) ترى نفسها لا قيمة لها (الأفكار) وتشعر باكتئاب (المشاعر) وتنسحب من الأنشطة الاجتماعية (السلوك) وتشتكي من تعب مستمر (الجوانب الفسيولوجية).

إن التغيير في أحد هذه العناصر مثل عودة المريضة إلى كونها شخصية اجتماعية، ينتج عنه تغير إيجابي في الجوانب الأربعة الأخرى، فتبحث المريضة عن وظيفة أخرى (البيئة)، وترى نفسها ذات قيمة (الأفكار)، ويعتدل مزاجها المكتئب (المشاعر)، وتستعيد الشعور بالنشاط والطاقة (الجوانب الفسيولوجية).

في بعض الأحيان قد يُشجَّع الآخرون في بيئة المريض (الزوج مثلاً) على حضور الجلسات العلاجية إذا كان ذلك ضروريًّا، وقد يكون للمعتقدات الثقافية التي تحيط بالمريض تأثير سلبي على مشكلاته مثل «التفكير في المقاس صفر» في صناعة الأزياء (على سبيل المثال «أن تكون نحيفًا هذا هو كل شيء»)عندئذٍ نحتاج إلى دراسة ومناقشة هذه المعتقدات لأنها مرتبطة بنظرة المريض السلبية لذاته.

إن الطريقة المعتادة لكي يفهم المريض التفاعل بين هـذه الجوانـب الخمـسة للخبرات الحياتية التي يمر بها، من منظور العلاج المعرفي السلوكي هي مـساعدة المرضى على تحديد الأفكار الآليّة السلبية الخاصة بكل موقف، وعلى سبيل المثال: هل تعرف فيما كنت تفكر (الأفكار) في هذا الموقف (البيئة) الذي جعلـك تـشعر بالاستثارة والعصبية (الجوانب الفسيولوجية) والقلق الشديد (المـشاعر) فأسـرعت بالخروج من الغرفة (السلوك)؟

إن تعليم وشرح هذه العملية التفاعلية بين الجوانب الخمسة للخبـرات الحياتيـة لا يضعف ولا يقلل من المبدأ الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي، الذي يشير إلـى أن التغيير المعرفي يعد مطلبًا أساسيًّا لعملية التغيير البشري (Clark and Steer, 1996).



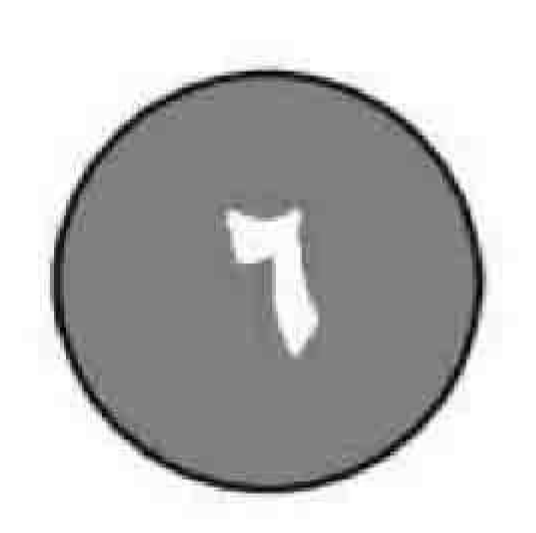
ينظر إلى ردود الفعل الانفعالية تجاه الأحداث على أنها تُمَثِّل مُتَّصَلاً

يفترض العلاج المعرفي السلوكي أن ردود الفعل الانفعالية (مشاعرنا) تجاه أحداث الحياة تقع على متصل يبدأ من ردود الفعل الانفعالية الطبيعية وينتهي بردود الفعل الانفعالية المتطرفة والقصوى الواردة في علم النفس المرضيّ (اضطراب الأفكار، والمشاعر، والسلوك) كما يفسرها ويشار، وبيك Weishaar & Beck:

يتضمن المحتوى المعرفي للاضطرابات (مثل اضطرابات القلق والاكتئاب) نفس الفكرة الأساسية(على سبيل المثال: الخطر، والخسارة، على التوالي) كما هو الحال في الخبرة العادية، ولكن التشوهات المعرفية تكون شديدة، ومن ثَمَّ تؤثر في (المشاعر) والسلوك (65 :1986).

على سبيل المثال: قد ينظر شخص ما بحزن إلى حياته نظرًا إلى الفرص الضائعة التي مرت به، ولكنه يعلم أن فرصًا أخرى تنتظره، ولكن حزنه قد يزداد ويستمر حتى يصبح اكتئابًا إذا كان ينظر إلى الفرص التي ضاعت على أنها قصة حياته كلها، أما عن ردود الفعل الفسيولوجية (على سبيل المثال: ضربات القلب، والتعرق، والارتعاش) فتكون بالنسبة إلى الشخص الذي يعتقد أنه على وشك التعرض لهجوم (تهديد جسدي) هي نفسها بالنسبة إلى شخص يخشى ارتكاب الأخطاء أمام الآخرين (تهديد نفسي اجتماعي).

وتتسم ردود الفعل الانفعالية الطبيعية والمبالغ فيها تجاه الأحداث على التوالي بما يسميه بيك وآخرون Beck et al., 1979 النضج (المرونة)، في مقابل البدائية (الإطلاق). على سبيل المثال، قد تكون الاستجابة المعرفية الناضجة تجاه الشعور بكونك مكروهًا هي «لا يمكنك إرضاء الجميع» بينما تتضمن الاستجابة المعرفية غير الناضجة «أنا غير محبوب تمامًا» ويساعد شرح متصل ردود الفعل الانفعالية للمرضى على إزالة جزء من الوصمة المتعلقة بالاضطراب النفسي، وجعل الأمر أقرب إلى الطبيعي، ومن ثم ينظر المرضى إلى أنفسهم على أنهم ليسوا غريبين، أو «غير عاديين» بسبب تعرضهم لنوبات من الاضطراب الانفعالي الشديد.

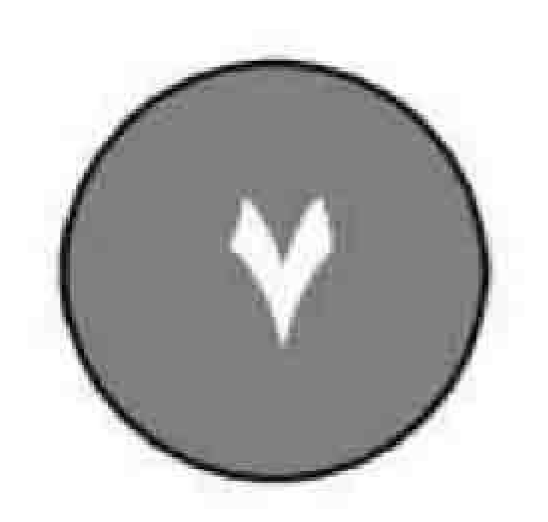


للاضطرابات الانفعالية محتوى معرفي خاص

تعرف هذه الفرضية باسم فرضية المحتوى الخاص (Beck, 1976) وتشير هذه الفرضية إلى أن الاضطرابات الانفعالية تحتوي على مضمون معرفي محدد يميزها، على سبيل المثال، انخفاض تقييم الذات أو الخسارة في حالة الاكتئاب، والتهديد في حالة القلق، والخطر المحدد بظرف معين في حالة المخاوف، والعدوان في حالة الغضب، والتفوق في حالة السعادة، ويرتبط هذا المحتوى بمفهوم المجال الشخصي لدى بيك، الذي يشير إلى كل ما يعتبره الشخص مهمًا في حياته، وتعتمد طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي للشخص على إدراكه للحدث على أنه يضيف إليه، أو يأخذ منه (الطرح)، أو يهدده، أو يمثل اعتداء على حقه الشخصي (Beck, 1976: 56) وسوف نقدم بعض الأمثلة لتوضيح تلك العلاقة:

- تصبح السيدة الفخورة بكونها سيدة أعمال ناجحة مكتئبةً عندما تفلس شركتها، لأنها تعتقد أن «عملي هو حياتي، من دون شركتي أنا لا شيء» (الطرح).
- يصبح الشخص قلقًا من أن تتعرض براعته الجنسية للسخرية عندما يعاني خللاً في الانتصاب (التعرض للتهديد).
- يصبح الشخص سعيدًا إذا رُقّي، لأن ذلك يعد خطوة مهمة في مساره الوظيفي (التفوق).
- يصبح الشخص الذي يتمتع بالسكينة والسلام في حياته غاضبًا جدًّا عندما يقوم جاره الجديد بعزف موسيقاه بصوت مزعج جدًّا(التعدي على الحقوق الشخصية).

قد يمر الشخص بمشاعر مختلفة نتيجة نفس الحدث في مواقف مختلفة،اعتمادًا على مدى صلة الحدث بحيزه الشخصي أو حقوقه الشخصية، وعلى سبيل المثال: يشعر المرء بالقلق نتيجة تأخر القطار يوم الاثنين، ومن ثم التأخر عن موعد الاجتماع مما يتعارض مع معاييره الشخصية للالتزام بالمواعيد، بينما يغضب يوم الثلاثاء عندما يتأخر القطار، لأن ذلك يعني أن مزيدًا من الأشخاص سوف يستقلون نفس القطار مما يمثل انتهاكًا لحيزه الشخصي، وقد ثبَت صدق فرضية المحتوى الخاص من خلال البحوث التجريبية في الثمانينيات (Weishaar, 1996).



القابلية المعرفية للإصابة بالاضطرابات الانفعالية

يمكن تعريف القابلية للإصابة بأنها مجموعة من الخصائص الداخلية الثابتة، التي تظل كامنة حتى ينشّطها حدث مرسب[1] (Clark and Beck, 2010: 102). إن الحدث الذي قد يثير القابلية للإصابة لدى شخص معين (على سبيل المثال: تقييم الأداء على أنه منخفض) قد يستقبله شخص آخر برباطة جأش، ويفترض بيك Beck (1987) وجود نمطين من الشخصية التي تكون معرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق، الشخصية الاجتماعية (المجارية للمجتمع)، والشخصية الذاتية الاستقلالية.

تعول الشخصية الاجتماعية بدرجة كبيرة على أهمية وجود علاقات شخصية وثيقة، مع التركيز على كونها محبوبةً وذات قيمة في نظر الآخرين، وعلى الجانب الآخر يعكس توجهُ الشخصية الذاتية الاستقلالية قيمة كبيرة للاستقلال الذاتي، والإنجاز الشخصي، وحرية الاختيار (Clark and Steer, 1996: 81).

تتمثل الاعتقادات النموذجية للشخصية الاجتماعية في «يجب أن أكون محبوبًا لكي أكون سعيدًا» بينما تتمثل الاعتقادات النموذجية للشخصية الذاتية الاستقلالية في «ينبغي أن أكون ناجحًا لكي أكون ذا قيمة» (Beck, 1987). يمكن أن يحدث القلق إذا كان هناك، على سبيل المثال، تهديد محتمل لعلاقة وثيقة، أو خطر حدوث انتكاسة مهنية، وإذا تحقق هذا الخطر أو التهديد المتصور، فمن المرجح أن يحدث الاكتئاب، والجمع بين القابلية الشخصية للإصابة (على سبيل المثال: تعتبر نفسها عديمة القيمة إذا لم تكن محبوبة) وحدثٍ دالٍ في الحياة يعكس هذا الاعتقاد (مثل انفصال زوجها عنها) يشبهه بيك Beck (1987) بالمفتاح المناسب لفتح باب الاكتئاب، ومن الناحية الفنية فالنظرية المعرفية تمثل في الأساس نموذج الاستهداف- الضغوط (Beck and Dozois, 2011) حيث الاستهداف هو القابلية المعرفية (المعتقدات غير التكيُّفية) والضغوط هي أحداث الحياة السلبية الحالية

(1) Precipitating event.

(العوامل المرسبة) التي تنشّط هذه المعتقدات، ويشير سكوت (2009) Scott إلى وجود درجات متفاوتة من القابلية للإصابة، لذا قد يحتاج الأمر إلى حدوث عدد من أحداث الحياة الضاغطة وليس حدثٍ واحد قبل حدوث الاكتئاب، وعلى سبيل المثال: شخص مستقل فشل في تحقيق أهدافٍ الحياة المهمة بالنسبة إليه، ثم أصبح مريضًا واعتماديًّا.



أفكارنا ومعتقداتنا كلها يَسهُلُ الوصولُ إليها

تقع أفكار الشخص حول حدث معين بين التنبيهات الخارجية (على سبيل المثال: التعرض للنقد) والاستجابة الانفعالية لها (على سبيل المثال: الغضب)، وإن استخراج هذه الأفكار يساعد الشخص على فهم سبب ردة فعله تجاه هذا الحدث بتلك الطريقة، ويسمي بيك هذا: «التنصت على الاتصالات الداخلية»، ويشير بيك Bwck إلى أنه يمكن تدريب المرضى على التركيز على استنباطاتهم (فحص الفرد لأفكاره) في المواقف المختلفة، ويمكن للفرد بعد ذلك أن يلاحظ أن فكرةً معينة تربط بين التنبيهات الخارجية، والاستجابة الانفعالية (27 : 1976)، ويمكن أن نسأل المريض أسئلة مثل: «ماذا كان يدور في ذهنك في تلك اللحظة؟» أو «بماذا كنت تفكر في ذلك الموقف؟» ويمكن أن يساعد ذلك في تحويل انتباه المريض إلى الداخل بدلا من التركيز على الحدث الخارجي الذي يفترض أنه سبب ردة الفعل الانفعالية.

في المثال السابق: يمكن الكشف عن أفكار المريض التي ساهمت في غضبه «كيف تجرؤ على انتقادي؟! لم أفعل شيئًا لأستحق ذلك!» إن مساعدة المريض على اكتشاف أفكاره المسببة للاضطراب وفحصها وتغييرها يعني أنه يمكن إنجاز هذه العمليةٍ في نطاق وعي المريض (Beck, 1976: 3) بدلا من أن تظل تلك الأفكار بعيدةً عن متناوله.

قد يمر المريض بخبرة انفعالية دون وجود تنبيه خارجي واضح لإثارتها، وفي هذه الحالة يحتاج المريض إلى البحث عن منبه داخلي مثل صورةٍ (على سبيل المثال: رؤية نفسه متلعثمًا أمام الجمهور) أو ذكرى معينة (على سبيل المثال: صراخ المدرس في وجهه ذات يوم) لكي يفهم سبب التغيير الذي طرأ على مشاعره.

في النقطة الثالثة من هذا الكتاب وُصف ثلاثة مستويات من التفكير (الأفكار الآليّة السلبية، والقواعد/ الافتراضات، والمعتقدات الأساسية) لكي نفهم الاضطرابات الانفعالية، وتتوافق هذه المستويات الثلاثة عادةً مع صعوبة الوصول

إليها، وعادة ما تكون الأفكار الآليّة على هامش الوعي، على الرغم من سهولة استحضارها إلى ذهن المريض من خلال بعض الأسئلة السالفة الذكر، وغالبًا ما تظل الافتراضات/ القواعد، والمعتقدات الأساسية غير مصرح بها، ومن ثَمَّ يكون الوصول إليها أكثر صعوبة، ويُربَط بين الأفكار الآليّة السلبية، وكل من الافتراضات/ القواعد، والمعتقدات الأساسية من خلال مطالبة المريض بالتحقق من التبعات المنطقية لكل أفكاره الآليّة (على سبيل المثال: «إذا كان صحيحًا أنك تبكي بسهولة، فماذا يعني ذلك بالنسبة إليك؟» حتى تصبح القواعد المهمة (مثل: «يجب أن أكون دائمًا قويًا») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال: «أنا ضعيف») واضحة. إن الكشف عن المعاني الشخصية لما يقوله المريض يجعل ما كان ضمنيًا يصبح واضحًا.

٩

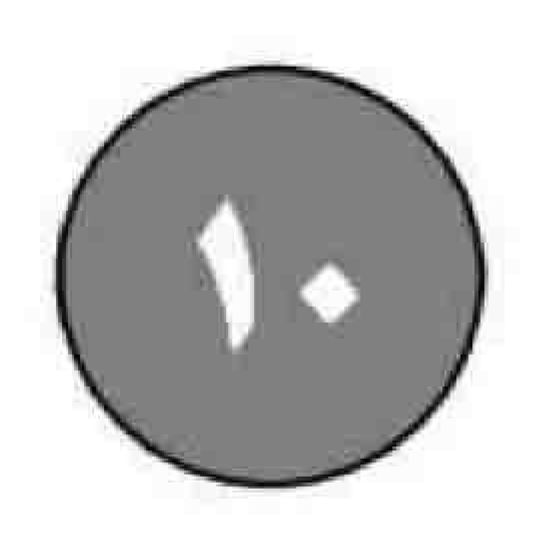
اكتساب الاضطراب الانفعالي

لا يزعم العلاج المعرفي السلوكي أن التفكير غير التكيُّفي وحده يسبب اضطرابًا انفعاليًا، وبدلاً من ذلك فهو يشكل جزءًا لا يتجزأ من هذا الاضطراب، وأن الاضطرابات النفسية تحددها عوامل متعددة، مثل العوامل الجينية، والبيئية، والأسرية، والثقافية، والشخصية، والارتقائية، ويساعد التفاعل بين هذه العوامل في تكوين المعتقدات الأساسية، والقواعد/ الافتراضات الخاصة بالأشخاص، التي تدور حول الذات والآخرين والعالم، وتتفاعل هذه العوامل المهيئة للإصابة بالاضطراب مع الأحداث الحاليَّة ذات الصلة أو الضغوط(العوامل المرسبة «التي تزيد من سرعة الإصابة بالاضطراب») لإحداث الاضطراب الانفعالي، وعلى سبيل المثال: الشخص الذي ينتمي إلى عائلة متفوقة أكاديميًا جدًا، ويخبره والداه بأنه لن يكون متفوقًا مثل إخوته، فيقضي وقته محاولاً إثبات خطأ وجهة نظرهم، وعندما يخفق في الالتحاق بجامعة أكسفورد، بخلاف شقيقيه، ويكون عليه أن يلتحق بجامعة من «الدرجة الثانية» تنشط معتقداته الأساسية فتصبح على سبيل المثال: «أنا لست ماهرًا بما فيه الكفاية، كان والداي على حق، أنا أحمق في هذه الأسرة» مما يؤدي إلى إصابته بالاكتئاب مصحوبًا بالانسحاب الاجتماعي، والإفراط في تناول الكحوليات، وضعف الأداء الأكاديمي، لذلك فإن الحديث عن معارفنا وطرق تفكيرنا على أنها تُسبِّب الاضطرابات الانفعالية، دون الأخذ في الاعتبار أي عوامل أخرى (على سبيل المثال: «الإهمال في الطفولة، وطبيعة الشخص شديدة الحساسية، والعزلة الاجتماعية) يُعَدَّ أمرًا مضللا.

نحن نظن أن السبب الأولي أو الخلل الوظيفي في أثناء حالة الاكتئاب أو القلق يكون في الجهاز المعرفي، ومع ذلك فإن هذا يختلف تمامًا عن فكرة أن المعرفة وحدها تسبب هذه الاضطرابات، وهي فكرة غير منطقية بقدر تأكيد أن الهلاوس تسبب الفصام (Beck et al., 1985: 85; emphasis in original).

يعمل الجهاز المعرفي على تنشيط المعتقدات الأساسية السلبية (على سبيل المثال: «أنا مثير للاشمئزاز») كما يقوم باستخلاص المعلومات حول تجارب

الشخص الحياتية (على سبيل المثال: «لا أحد يرغب في الخروج معي») بطريقة متحيزة ومشوهة، تعمل على تعزيز واستمرارية هذه المعتقدات الأساسية، وتزيد من الكدر الانفعالي المرتبط بها.



استمرارية الاضطراب الانفعالي

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي الأداء العقلي الحاليّ للفرد أمرًا حاسمًا في استمرار الاضطرابات النفسية وثباتها (Clark, 1995: 158;) من خلال التركيز بشكل أساسي على الوقت الحاضر، ويساعد المعالج المريضة على تعديل أفكارها الحاليّة غير التكيُّفية (على سبيل المثال: «لا أستطيع أن أكون سعيدة من دونه») والافتراضات (على سبيل المثال: «إذا هجرني، فلن يرغب أحد آخر في البقاء معي») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال: «أنا غير محبوبة») من أجل تحسين اضطرابها الانفعالي الذي تعانيه، ولا يمكن تعديل أحداث الحياة الماضية (مثل الإهمال الوالدي، والتعرض للتنمر من قبل الزملاء في المدرسة، وحب الشباب الشديد خلال فترة المراهقة)التي ساهمت في مشكلات الشخص الحاليّة مثل انخفاض تقدير الذات، ولكن يمكن تعديل المعتقدات، والسلوكيات الحاليّة التي تؤدي إلى استمرار المعاناة من تلك المشكلة.

عادة ما يُضمَّن المنظور التاريخي (أحداث الحياة الماضية التي أثرت في المريض) في العلاج لأنه يساعد المعالج في فهم كيفية تطور مشكلات المريض الحاليّة، وطبيعة نقاط ضعفه المحدَّدة للاضطراب النفسي الذي يعانيه، فقد تُلقي المريضة باللوم على أحداث الحياة الماضية فيما يخص مشكلاتها الحاليّة (على سبيل المثال: «كان والدي دائمًا يخبرانني أني سأُركَن دائمًا على الرف، إنه خطؤهما لذلك أصبحت ما أنا عليه الآن») ومع ذلك فإن المعالج سوف يعيد توجيه انتباه المريضة إلى الحاضر بدلا من التركيز على هذه الرسائل الأبوية المدمرة التي تنتمي إلى الماضي، ويشجعها على التركيز في الخطوات التي يمكن اتخاذها لتوجيه رسائل ذاتية رحيمة ومفيدة.

يلعب السلوك دورًا مهمًّا جدًّا في استمرارية الاضطراب الانفعالي، حيث يتصرف الأشخاص بطريقة تدعم معتقداتهم غير التكيُّفية، فأنت تتصرف وفقًا لما تعتقده، وعلى سبيل المثال، يرى المريض المصاب بالاكتئاب نفسه ضعيفًا، وغير قادر على التكيُّف مع ذاته، وهو يتصرف بطريقة عاجزة، حيث يدور حول زوجته

منتظرًا أن تخبره ماذا عليه أن يفعل؟ وسوف يشمل تغيير سلوك المريض أن يتصرف خلاف معتقداته غير التكيُّفية، عن طريق اتخاذ مزيدٍ من القرارات بصورة تدريجية حول كيفية قضاء وقته بشكل منتج وفعال، ومن خلال تغيير سلوكه يدرك المريض في النهاية أن صورته الذاتية السلبية كانت جزءًا من الاكتئاب، وليست ذاته الحقيقية، وملخص القول فإن التغيير المعرفي والسلوكي لهما القدر نفسه من الأهمية (ومن هنا فهذا هو العلاج المعرفي السلوكي).



المريض كما لو كان عالمًا

يقصد بذلك مساعدة المرضى على «تعلم كيف يصبحون علماء (يفكرون بطريقة علمية) في فحص أفكارهم لكي يتعاملوا مع تلك الأفكار على أنها مجرد فرضيات، وليست حقائق واقعية، ووضعها تحت الاختبار» (Beck and Dozois, 2011) وعلى سبيل المثال: المريض الذي يعاني الاكتئاب، ويعتقد أن أيًّا من أصدقائه لن يعاود الاتصال به لأنهم أصبحوا غير مهتمين به، ويُطلب منه إجراء ست مكالمات تليفونية ببعض الأصدقاء، فيعاود ثلاثة منهم الاتصال به، فيقر -على مضض- أنه قد تكون هناك أسباب مقبولة لعدم معاودة الثلاثة الآخرين الاتصال به (حتى لو لم يعد هؤلاء الثلاثة مهتمين به، فهذا يثبت فقط أن توقعه صحيح جزئيًّا).

إن صورة العلاج التي نهدف أن ينقلها المعالج المعرفي السلوكي إلى مريضه، هي أن هناك عالمين يعملان معًا لتحديد وصياغة مشكلته، واختبار فرضيات حولها، والتفكير في خيارات حل المشكلة لكي يسهل حلها (Blackburn and Davidson, 1995) ويسمي بيك وآخرون Beck et al. (1979) العمل الذي يتم بين المعالج والمريض كعالمين يعملان معًا في فحص وصياغة واختبار أفكار المريض «التجربة التعاونية». إن العمل كفاحصين مشتركين في حل المشكلة يحول دون أن تصبح العلاقة العلاجية علاقة بين المعلم والتلميذ، وهذه الشراكة في حل المشكلات هي التي تحقق النجاح في العلاج، وليس المعالج، وكذلك تعمل هذه الشراكة بين المعالج والمريض على القضاء على فكرة أن مهمة المعالج هي إصلاح المرضى بينما يظلون سلبيين في أثناء عملية الإصلاح.

يمكن أن يكون ناتج التعاون العلمي بين المعالج والمريض فقيرًا إذا أراد المعالج فقط تأكيد فرضياته حول مشكلات المريض (على سبيل المثال: «إنها بالتأكيد مسألة قبول») وتدريجيًّا يفقد المريض البيانات والمعلومات التي تتناقض مع معتقداته السلبية (على سبيل المثال: «النجاح لا يذكر، والفشل كثير، لذلك أنا فاشل»). إن الحفاظ على عقلية منفتحة، وعدم فرض الرأي في أثناء العملية العلاجية يعني أن كلا من المعالج والمريض يتحدثان من واقع البيانات والمعلومات التي جُمعَت، وليس تعبيرًا عن آراء أو تحيزات شخصية.



مفاهيم خطأ حول العلاج المعرفي السلوكي



المرضى الأذكياء والمتحدثون فقط هم الذين يمكنهم الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي

من منظور مثالي من المتوقع أن يقدم المرضى الذين يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي معلومات مفصلة عن مشكلاتهم، ويجيبون عن مجموعة من المقاييس النفسية لتحديد درجة شدة مشكلاتهم التي أدت إلى لجوئهم للعلاج المعرفي السلوكي، والكشف عن أفكارهم غير التكيُّفية وعلاقتها بكدرهم الانفعالي، وملء استمارات لتحديد وتمييز المواقف، والأفكار، والمشاعر، واستخدام المنطق واختبار الواقع كنوع من تحدي الأفكار غير التكيُّفية، والتفاوض، وفهم ومراجعة الواجبات المنزلية، وتقديم عائد للمعالج عن تعلمهم وتجاربهم العلاجية، ويبدو للوهلة الأولى مما سبق ذكره أن هذا المنحى العلاجي منحى معرفي فائق لن يستفيد منه سوى المرضى الأذكياء والمتحدثين فقط.

يشير بيك وآخرون Beck et al. (1979) إلى أن الذكاء المرتفع –سواء كان ذكاء المعالج أم ذكاء المريض– ليس مطلبًا للعلاج (لا تُطبَّق اختبارات الذكاء على أي منهما) والنقطة ذات الأهمية هنا هي تطويع المعالج النفسي للعلاج المعرفي السلوكي لكي يناسب القدرات العقلية واللغوية لكل مريض، وعلى سبيل المثال: التخلص من المصطلحات (يظن بعض المعالجين أنها تجعلهم أكثر مصداقية ومحلا للثقة) وجعل مدة الجلسات أقصر، واستخدام الأوراق في أدنى حدود ممكنة، وتقديم تفسيرات بسيطة لنظرية العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته، وأن تكون الأولوية للواجبات الأدائية على الواجبات المعرفية، إذا كان المريض يرى أن الاستبطان صعب جدًا، وغير مفيد.

لقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال مع مرضى ذوي خلفيات اجتماعية وتعليمية مختلفة (Persons et al., 1988) وطُوِّع لكي يلائم العمل مع كبار السن (Laidlaw et al., 2003) ومع ذوي صعوبات التعلم (Kroese et al., 1997) ومع الأطفال والشباب (Stallard, 2002) ومع الجناة الذكور البالغين (Altrows, 2002).



لا يركز العلاج المعرفي السلوكي على المشاعر

ربما تعطي كلمة «معرفي» انطباعًا أن المعـــالجين المعـــرفيين الـــسلوكيين يركزون فقط على الأفكار، ويستبعدون المشاعر، وهذا غير صحيح لأن المـــشاعر هي المدخل للتدخلات العلاجية، وفي نهاية المطاف يأتي المرضى عـــادة للعـــلاج وهم يشتكون مما يشعرون به، وليس مما يفكرون فيه، ويربط المعـــالج المعرفـــي السلوكي دائمًا بين الأفكار والمشاعر خلال التثقيف النفسي الخاص بشرح النموذج المعرفي، وكذلك تسجّل الأفكار والمشاعر معًا في ســـجلات الأفكـــار والمـــشاعر اليومية (انظر الملحـــق ٢) كمـــا يؤكـــد بلاكبيـــرن ودافيدســـون Blackburn & Davidson (1995: 203; emphases in original):

لا يمكن التقدم في العلاج المعرفي السلوكي دون وضع المشاعر في الاعتبار طوال الوقت، وإذا لم يستطع المريض الوصول إلى مشاعره المؤلمة، فلن يـــتمكن هو والمعالج من اكتشاف الأفكار السلبية التي تقف خلف تلك المشاعر، وببساطة لا يمكن أن يحدث العلاج المعرفي الـــسلوكي دون ردود الفعـــل الانفعاليـــة الأولـــى (اضطراب المشاعر).

احتوى أول دليل للعلاج المعرفي، العلاج المعرفي للاكتئـــاب (Beck et al., 1979) على فصل بعنوان «دور المشاعر في العلاج المعرفي» وأكد أن المعـــالج يحتاج إلى أن يكون قادرًا على التعاطف مع الخبرات الانفعالية المؤلمة التي مر بها المريض (1979 : 35). إن محاولة إبقاء المشاعر بعيدة عن العلاج، قد يوحي بأن التركيز الحقيقي في العلاج المعرفي السلوكي هو تعليم المريض كيف يطور عقـــلاً منطقيًا للمساعدة في حل المشكلات، وإذا كان ذلك صحيحًا، فإن عنوان كتاب بيـــك الذي صدر سنة ١٩٧٦ «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» كـــان عنوانًـــا خطأً، وكان يجب أن يُسمَّى «العلاج المعرفي واضطرابات التفكير».

يجب تنشيط المشاعر في الجلسات من أجل الوصول إلى معـــارف المـــريض التي أثارت تلك المشاعر، والتي تسمح بعد ذلك بإعادة تـــشكيل البنيـــة المعرفيـــة (تغيير الأفكار والمعتقدات) وعلى سبيل المثال: تستعيد المريضة حالـــة الـــشعور

الشديد بالذنب ليلةً كاملة،لأنها انشغلت بعملها عن تقديم وجبة العشاء لابنها الصغير السنّ مما جعله يبكي، وتعتبر نفسها سيئة تمامًا نتيجــة لمــا فعلتـــه. إن مــساعدة المريضة على التمييز بين الفعل ونفسها (القيام بفعل واحد معين لا يعكــس حقيقــة الشخص كلها أو طبيعة حياته) يقلل من الــشعور بالــذنب، لــذلك فــإن الأفكــار والمعتقدات المهمة في العلاج المعرفي السلوكي هي المتعلقــة بالمــشاعر، فهـــي تتعامل مع مشاعرنا وليس عقلنا (Clark and Beck, 2012: 57).

يجب أن يكون المعالج ماهرًا في إثارة الوجدان (المشاعر) إذا كان المريض لا يعبر عن ذلك بشكل تلقــائي (Dattilio and Padesky, 1990: 2). إن تغييــر المشاعر يعد أمرًا ضروريًا لممارسة العلاج المعرفي السلوكي (على سبيل المثال «كيف تحب أن تشعر بدلا من الشعور بالغضب طوال الوقت؟») ويُحكَــم علـــى نجاح العلاج المعرفي في جزء منه من خلال النجاح في تقليل المشاعر الــسلبية مثل الحزن، والخوف، وأن يصاحب ذلك أيضًا زيادة فـــي المــشاعر الإيجابيـــة (Clark, 1995: 160).



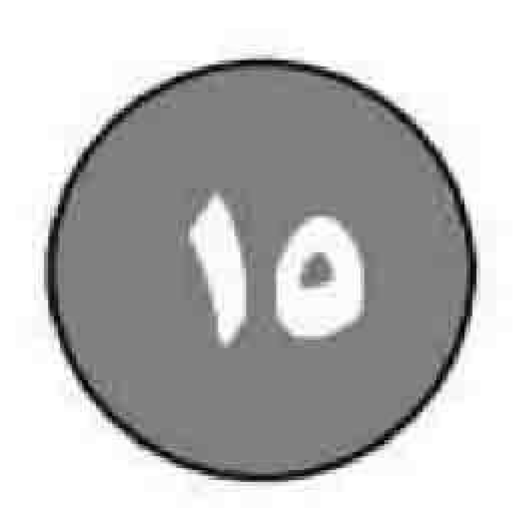
العلاج المعرفي السلوكي هو – في الأساس – التفكير الإيجابي

إذا هجرك شريك حياتك فلا تقلق، لأنك سوف تعثر على شريك آخر قريبًا، وإذا انتقدتك مديرتك في العمل، فارجع ذلك إلى مزاجها السيئ. قد يظن بعض المعالجين أن التفكير الإيجابي سوف يؤدي تلقائيًا إلى مشاعر إيجابية، ويحذر ليهي Leahy (2003) من أن يصبح المعالج مشجعًا للتفكير الإيجابي، فكيف يعرف المعالج أن المريض سوف يجد شريكًا آخر قريبًا، أو أن المديرة لم تكن تقصد انتقاده، وأنها فقط كانت في مزاج سيئ؟ من المرجح أن يصبح المرضى منزعجين من طمأنة المعالج الشديدة التفاؤل دون أي أدلة تدعمها، ولذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي ليس استبدال الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية، بل إنه يهدف إلى مساعدة المرضى على تغيير تقييمهم المعرفي، من التقييمات غير التكيُّفية وغير الصحية إلى تقييمات تكيُّفية وقائمة على الأدلة (Beck and Dozois, 2011). تُطوَّر هذه التقييمات الجديدة من خلال استكشاف المعاني الشخصية التي يفسرون بها الأحداث، وطرح وجهات نظر بديلة لتفسير هذه الأحداث، وإجراء التجارب لاختبار صحة أفكارهم ومعتقداتهم.

على سبيل المثال: المريض الذي يدعي أن مصداقيته المهنية قد دمرت، بعد تعرضه لنوبة هلع أمام حشد كبير من الجمهور، لن يطمئن أن كل شيء بخير من خلال قول المعالج أن «الجميع مازلوا يفكرون فيك بطريقة جيدة، وأن سمعتك مازالت جيدةً كما هي» وبدلاً من ذلك يُشجِّع المريض على النظر في الأدلة المؤيدة لوجهة نظره، وكذلك الأدلة المضادة لوجهة نظره بأن مصداقيته المهنية قد دمرت، وعلى سبيل المثال «أخبرني بعض الأشخاص أن أستقيل لتجنب الإحراج في المستقبل» في مقابل «العائد الذي أحصل عليه من الجمهور مازال جيدًا كما كان قبل حدوث نوبة الهلع» استنادًا إلى الأدلة تضاءلت مصداقيته في نظر بعض الأشخاص، ولكن ليس في نظر جميع الأشخاص بكل تأكيد، ويقرر الاستمرار في مشاركاته العامة.

ينبغي عدم الخلط بين التفكير الإيجابي (على سبيل المثال: «يمكنني تحقيق أي

شيء أريده») والنظرة الإيجابية إلى الأمور (على سبيل المثال: «أيًا كانت الأشياء السيئة التي تحدث في حياتي، يمكنني عادة العثور على وسيلة للمُضيّ قدُمًا حتى لا أشعر بالقلق بشكل خاص تجاه الانتكاسة الأخيرة التي حدثت لي») وتعتمد النظـــرة السابقة «المثال الأول: يمكنني تحقيق أي شيء أريده» على التفاؤل غيـــر المبـــرر الذي يلغي أي حقائق مزعجة قد تحتاج إلى مواجهتها، في حين أن الأخير يعتمـــد على تقييم الأدلة السلوكية بدقة حتى الآن.



يبدو العلاج المعرفي السلوكي بسيطًا جدًا

غالبًا ما تنشأ هذه المفاهيم الخطأ بسبب الخلط بين معاني «بسيطة» و«مبسطة» أي مباشرة في مقابل «بسيطة جدًا» وليس العلاج المعرفي بسيطًا جدًا، ولكنه يحاول إتباع قانون الاقتصاد أو قانون أوكهام Ockham * الذي ينص على أنه «إذا كان بمقدورك تفسير شيء ما بطريقة ملائمة دون مزيد من التعقيد، فإن التفسير البسيط هو أفضل تفسير» (Warburton, 2007: 107). يحاول المعالج إتباع قانون أوكهام من خلال البحث عن تفسيرات وحلول بسيطة بدلاً من التفسيرات المعقدة (على الرغم من أن المعالج يسير على خيط رفيع أحيانًا عند محاولة التمييز بين التفسيرات البسيطة والساذجة لمشكلات المريض).

على سبيل المثال، تشكو مريضة من الشعور بالغضب عندما يكلفها رئيسها بعمل إضافي «إنه ليس عدلاً، لأنني أنهي عملي أولاً،إنني أُعاقَب لكوني أتمتع بالكفاءة» إن فهم غضب المريضة وتهدئتها لن يتم عادة من خلال تحديد الدوافع المفترضة لرئيسها التي جعلته يكلفها بعمل إضافي، أو من خلال فهم شخصية رئيسها، أو مناقشة فلسفة الشركة بشكل متكرر، إن مساعدة المريضة على التأكد من أنها ليست مستثناة من التعرض للظلم في مكان العمل (أو أي مكان آخر) ومعالجة مخاوفها تجاه رئيسها قد يثبت أنها حلول مباشرة لمشكلة الغضب التي تعانيها، وإذا أُضيف مزيد من التعقيد على صياغة الحالة، فهذا يعتمد على وجود دليل يدعم هذا التعقيد، وليس على اعتقاد المعالج بأن التعقيد والعمق في فحص المشكلة يعنيان أنك معالج حقيقي أكثر من كونك معالج سطحي.

وفيما يتعلق بالسطح، كان بيك Beck حريصًا على تأكيد «وجود مزيد على السطح أكثر مما تراه العين» وما كان يقصده بذلك هو أن أفكار المريض الآليّة

* قانون أو مبدأ أوكهام هو طريقة لحل المشكلات، ويقصد بها أن الحل الأبسط يميل إلى أن يكون الحل الصحيح، وأن النظريات البسيطة أفضل من النظريات الأكثر تعقيدًا لأنها أكثر قابلية للاختبار، وتنسب هذه الفكرة إلى وليام أوكهام (١٢٨٧ – ١٣٤٧ م) الذي كان راهبًا وفيلسوفًا إنجليزيًا.

(المادة الخام كما وصفها بيك (1976) على سبيل المثال:«لا عذر للفشل») يمكن أن ينظر إلى هذه الفكرة في ظاهرها على أنها رد فعل انفعالي (مثل القلق) تجاه حدث معين،على سبيل المثال: (التأخر في إنجاز العمل) ويمكن أن يُعالَج بنجاح على هذا المستوى السطحي من خلال فحص وتصحيح هذه التشوهات المعرفية من أجل تحسين مزاجها.

عندما تكون هناك ضرورة لمزيد من التعقيد، تظل التفسيرات تتبع قانون الاقتصاد في التفسير «تحديد أبسط التفسيرات الكافية لتحقيق غرض محدد» (Naugle & Follette, 1998: 67; emphasis in original). وعلى سبيل المثال: يمكن أن تتجمع المشكلات طويلة الأمد حول المعتقد «أنا مزيف، وسأكتشف في النهاية ما أنا عليه حقًا» ومثال ذلك التفسير الذي قدمته المريضة (المثال الذي ذُكِر في الفقرة الثانية) وترى أنه كافٍ ومُرضٍ في تفسير سبب دفعها لنفسها بلا هوادة لإنهاء عملها أولاً لكي تثبت لرئيسها مدى كفاءتها، وبهذه الطريقة تستمر في ذهنها يوميًا فكرة أنها تتعرض للاحتيال.



العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا تخفيفًا للأعراض

يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي علاجًا مختصرًا نسبيًّا: من ٦ – ٢٠ جلسة علاجية (Westbrook et al., 2011) ولهذا يظن بعض المعالجين أصحاب التوجهات الأخرى أن العلاج المعرفي السلوكي لا يستهدف سوى تخفيف الأعراض المرضية المصاحبة لمشكلة المريض، بدلا من الشروع في الفحص المطوّل للأسباب الجذرية لهذه المشكلات، التي عادة تُعزى إلى خبرات الطفولة (غالبًا ما يرى المعالجون أصحاب التوجهات الأخرى غير التوجه المعرفي السلوكي وجهات نظرهم حول الأسباب الجذرية للمرض على أنها حقائق مستمدة من النظريات التي يعتنقونها، وليست مجرد افتراضات تحتاج إلى التدقيق والفحص العلمي) ونتيجة لهذا النهج «السطحي» فما يحدث لا يمثل إلا وضع ضمادة مسكنة على هذه المشكلات، ومن ثَمَّ سوف تتكرر حتمًا، وعلى الجانب الآخر يمكن في العلاج المعرفي السلوكي اعتبار الأفكار، والمعتقدات(عوامل تدعم الاستمرارية) «الأسباب الجذرية المعرفية» (Clark and Beck, 2012) وكما ناقشنا في النقطة ٣، يمكن فهم مشكلات المريض من خلال فحص ثلاثة مستويات معرفية هي: الأفكار الآليّة السلبية المتعلقة بموقف محدد، والقواعد والافتراضات (المعتقدات الوسيطة)، والمعتقدات الأساسية غير الشرطية، وكلما كان المستوى المعرفي أعمق، كان الوصول إليه وتغييره أكثر صعوبة.

ومع ذلك، فهذا لا يعني تلقائيًّا أننا سوف ننظر إلى كل مشكلة من مشكلات المريض عبر هذه المستويات الثلاثة، أو أن المريض سوف يرغب في البقاء في العلاج من أجل استكشاف مشكلاته بصورة أعمق، وخصوصًا عندما يبدأ في الشعور بالتحسن، وربما لا يوافق المريض على أن هناك أي مشكلات أساسية أخرى لحلها (على سبيل المثال «حصلت على ما جئت من أجله») ويمكن أن تتحول العلاقة العلاجية التعاونية إلى علاقة قسرية إذا أصر المعالج على بقاء المريض في العلاج من أجل «عمل أعمق» أي عدم التركيز على الأعراض.

وتتوقف درجة تعقيد العلاج على الظروف الإكلينيكية لكل حالة، وليس عن

طريق تبني وجهة نظر محددة سلفًا بأن كل مشكلة تتطلب نهجًا يركز على العمق، وعلى سبيل المثال، يمكن لأحد المرضى الذين يعانون اضطراب الهلـع اسـتخدام برنامج علاجي يستند إلى الأدلة العلمية التي تدعمه مثـل برنـامج سالكوفـسكس وكلارك (Salkovskis and Clark, 1991) الذي من المحتمل أن يساعده علـى أن يصبح معافًى من نوبات الهلع عند نهاية البرنامج، وأن يظل محتفظًـا بالمكاسـب العلاجية التي حققها مـن خـلال فتـرة المتابعـة (Clark, 1996) دون الحاجـة بالضرورة إلى استكشاف المعتقدات الكامنة (المعتقـدات الوسـيطة، والمعتقـدات الأساسية) كجزء من البرنامج.

وعلى الجانب الآخر، عند العمل مع المرضى الـذين يعـانون اضـطرابات الشخصية (بمعنى آخر، سمات الشخصية المتصلبة على سبيل المثـال: التجنبيـة، والاعتمادية، والهيستيرية، والسلوكيات المزمنة غير التكيُّفية، وضـعف العلاقـات الشخصية) اقترح يونج وآخـرون(Young et al. (2003 منحـى التركيـز علـى المخططات، مع التأكيد على أعمق مستوى من المعرفة، والمخططات غير التكيُّفية المبكرة (خبرات الطفولة) (المعتقد الأساسي، على سبيل المثال «أنا سيئ»). لتعزيز تغيير المريض على هذا المستوى يجب أن يكون العلاج طويل المدى، حيث مـن المحتمل أن يستغرق العلاج ١٢ شهرًا أو أكثر (Davidson, 2008).

هناك اختلاف داخل العلاج المعرفي السلوكي حول الحاجة إلـى اسـتخدام العلاج المتمركز حول المخططات، وذلك بالنسبة إلى المرضى الـذين يعـانون مشكلات غير معقدة، التي يمكن أن تتعقد عند استخدام هـذا المنحـى العلاجـي (James, 2001). على سبيل المثال، بدلا من تقديم برنامج متكامل لعلاج القلـق للتكيُّف مع التغيرات الأساسية التي تطرأ على العمل،يُوجَّه المريض الذي يعـاني القلق الشديد تجاه هذه التغيرات من قبل المعالج المتحمس للعمل لاستخدام عـلاج المخططات، بهدف الكشف عن المعتقد الأساسي «أنا لست جيدًا» الذي لا يعرف المريض أنه يعتقده، ولا يعرف مدى صلته بالعمل، وإن هذا الحمـاس للمنحـى الذي يركز على المخططات «مثير للقلق، وبخاصة لحقيقة أنه وإن كـان أكثـر تفصيلاً وعمقًا، فإن الأدلة على أنه أكثر فاعلية من التدخلات الأخـرى، قليلـة» (James, 2001: 404). وسواء كان الحد من الأعراض، أو التخلص منها يمثـل مساعدة كافية للمريض، أو تمهيدًا للعمل على مستويات معرفية أعمق، يجـب أن تتوافق التدخلات العلاجية مع متطلبات مشكلة المريض، وليس مـع اهتمامـات المعالج.



لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي
بخبرات الطفولة أو أحداث الحياة الماضية

يعد العلاج المعرفي السلوكي منهجًا لحل المشكلات الحاليّة (هنا والآن): حيث تُخفَض المشاعر السلبية التي يعانيها المريض من خلال تحديد وتغيير أفكاره وسلوكياته غير التكيُّفية، التي تعمل على استمرار هذه المشاعر السلبية، بدلا من استكشاف أحداث الماضي المسؤولة عن تلك المشاعر، وإلقاء اللوم عليها، رغم أنها يمكن تغييرها (إذا كان المريض يخضع لعلاج يركز على خبرات الماضي، فقد يواجه صعوبة كبيرة في إعادة توجيه ذاته نحو الحاضر) ومع ذلك يتحول الاهتمام الإكلينيكي نحو الماضي في حالتين: أولا، حينما يعبر المرضى عن رغبة قوية في الحديث عن الماضي، وأن يترتب على عدم تحقيق ذلك خطرًا يؤثر سلبيًا على التحالف العلاجي، ثانيًا عندما يصبح المرضى «متشبثين» بتفكيرهم غير التكيُّفي، ويكون من الممكن أن يساعد فهم جذور معتقداتهم التي ترسخت خلال مرحلة الطفولة في تعديل أفكارهم الجامدة (Beck, 2011: 8).

قد يتحول الانتباه الإكلينيكي نحو الماضي، ولكنه لا يظل هناك عادة، ومع إصرار المريض وتفضيله استكشاف الماضي، يمكن أن يساعده المعالج على الربط بين الأحداث السلبية السابقة (على سبيل المثال «التعرض للخيانة من قبل صديقي المفضل») وتفكيره وسلوكه الحاليّ حول هذه الأحداث (على سبيل المثال «منذ ذلك الوقت لم أتمكن أبدًا من الوثوق بصديق آخر، ولهذا السبب أفضل العزلة والابتعاد» وعندما لا يكون هناك تقدم علاجي، أو كان التقدم العلاجي طفيفًا (على سبيل المثال، لا يعبر المريض عن أي إحساس بالراحة، أو الحرية بشأن التحرر من علاقة مسيئة) فقد يكون هذا بسبب تركيز المريض على أسئلة «لماذا؟» (على سبيل المثال «لماذا ارتبطت به؟ لماذا استمر هذا الارتباط لفترة طويلة؟ كيف يمكنني أن أكون سعيدًا إذا لم أفهم لماذا تصرفت بهذه الطريقة؟).إن النظر إلى الوراء من أجل الإجابة عن هذه الأسئلة قد لا ينتج عنه إجابات مرضية يتطلع إليها المريض، وإذا وجدت إجابات مرضية، فهناك مأزق في العلاج ينبغي تجاوزه وهو: يمكن الإجابة

عن الأسئلة القديمة في العلاج، ولكن هناك حاجة إلى معتقدات وسلوكيات جديدة، لتجنب إمكانية أن يعيد الماضي نفسه في العلاقة القادمة، أو أن تضعف استقلاليتها حديثة النشأة.

يقوم المعالج في بعض الأحيان بتوجيه انتباه المريضة نحو الماضي، لكي يتمكن من مساعدتها على رؤية ما تعتبره صحيحًا عن نفسها (على سبيل المثال: «أنا لست جيدة بما فيه الكفاية، لقد كان والدي يفضلان عليَّ أختيَّ الكبيرتين «كاستجابة تجاه البقاء في بيئة عائلية تنافسية، حيث كان عليها منافسة أختيها الأكبر سنًا على مديح وحنان والديهم، حيث كان الوالدان يعتقدان أن المكافآت سوف تُمنَح لابنتهم التي أدت أكثر المهام صعوبة بعزيمة وثبات، وعلى سبيل المثال، إكمال واجباتها المدرسية، أو المساعدة في أعمال المنزل، وكثيرًا ما خسرت المريضة في هذه المنافسة الشرسة، وقد ظل إرث هذه العائلة معها حتى اليوم في سعيها اللانهائي لإثبات ذاتها «جيدة بما فيه الكفاية»، ولكن عندما تقصر تتأكد في ذهنها: «الحقيقة التي أعرفها عن نفسي، أنني لست جيدة بما يكفي».

أظهرت المريضة عادات مختلفة حافظت ودعمت استمرار معتقداتها عن ذاتها عبر عدة سنوات، ومن ثَمَّ ترسخت في ذهنها فكرتها عن نفسها «حقيقتها». الآن وفي أثناء جلسات العلاج تقوم المريضة بتطوير معتقدات جديدة عن ذاتها تكون متوازنة ورحيمة (على سبيل المثال: «أنا أعلمُ أنني جيدة بما يكفي بناء على رؤيتي الخاصة لكيف تسير حياتي بطريقتي الخاصة» مما يساعد على التخفيف من ذكريات الطفولة المؤلمة (انظر النقطة ٩٠) وعلى الرغم من أن تاريخ المريضة التعليمي الذي يقف خلف معتقداتها غير التكيُّفية قد يحتاج إلى استكشاف، فإن الشيء الحاسم بالنسبة إليها هو التخلي عن تلك الأفكار التي تحتفظ بها حاليًا، حتى يمكن أن يكون الغد أفضل من الأمس (Grieger and Boyd, 1980: 76– 77).



لا يستخدم العلاج المعرفي السلوكي العلاقة العلاجية كوسيلة لتغيير المريض

إن النظرة النموذجية للعلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، هي أنه من الضروري المساعدة في تعزيز تغيير المريض، ولكنها ليست كافية لإحداث التغيير الأمثل، ويتحقق التغيير الأمثل من خلال تطبيق التكنيكات المعرفية السلوكية (Beck et al., 1979) وتُطبَّق تلك التكنيكات على مشكلات المريض التي تحدث خارج إطار الجلسات العلاجية، وتطبق فقط على العلاقة العلاجية نفسها عندما تكون هناك مشكلات في العلاقة العلاجية تعوق تطبيق هذه التكنيكات (تسمى هذه الصعوبات عند بيك وآخرين [١٩٧٩] «المشكلات الفنية») وتنظر التطورات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي إلى العلاقة العلاجية على أنها أداة تدخل علاجي في حد ذاتها (Blackburn and Twaddle, 1996: 7). أحد الأمثلة على العلاقة العلاجية كأداة للتدخل، هو استخدامها مع المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية، حيث تصبح العلاقة العلاجية مختبرًا للمخططات يمكن للمريض من خلالها تقييم معتقداته الجوهرية غير التكيُّفية (على سبيل المثال «لا يمكن الوثوق بأحد») (Padesky and Greenberger, 1995: 123; Beck et al., 2004)، واختبار المعتقدات الأساسية البديلة، والأكثر تكيُّفًا (على سبيل المثال «يمكن الوثوق ببعض الأشخاص لبعض الوقت») وبما أن المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية غالبًا ما يجدون صعوبة في تطوير علاقة علاجية، فإن «المختبر» يسمح للمعالج بمراقبة أداء المريض عن كثب، وكذلك الحصول على سرد تاريخي للصعوبات المستمرة التي يواجهها المريض في العلاقات الأخرى (Davidson, 2008).

يمكن أن يساعد استكشاف العلاقات الشخصية المعالج على فهم ومعالجة قضايا التحويل[١]، والتحويل العكسي[٢]، والمآزق في العلاقة العلاجية التي تعوق

---

1 - Transference.

2 - Countrtronsference.

تقدم المريض، وإذا كان بعض المعالجين المعرفيين السلوكيين يعترضـــون علـــى المصطلحات الدينامية النفسية للتحويل، والتحويل العكسي، الذي يُستخدَم في العلاج المعرفي السلوكي، فيمكنهم على سبيل المثـــال، اختيـــار مـــصطلح «المعتقـــدات والسلوكيات المتداخلة في العلاج» باعتبارها أكثر توجهًا نحـــو العـــلاج المعرفـــي السلوكي، ويقصد بالتحويل «أن المرضى يتفاعلون (والأهم من ذلك أنهم يبـــالغون في تفاعلهم) مع المعالج، كما يفعلون مع أشخاص آخرين ذوي أهمية كبيـــرة فـــي حياتهم» (Walen et al., 1992: 246). على سبيل المثال، قد تلجأ المريضة عـــادة إلى خبرة المعالج، مثلما تلجأ إلى خبرة بعض الأشخاص المهمين في حياتها، بـــدلاً من التفكير في الأشياء بنفسها: «آرائي ليس لها قيمة، أو لا تعـــد آراء» وســـوف يقوض مثل هذا «التفكير الاعتمادي» قدرة المريض على أن يصبح معالجًـــا ذاتيًّـــا لنفسه، وهو الهدف النهائي للعلاج المعرفي السلوكي، ويمكن أن يـــسهل المعـــالج تحرك المريض نحو تفكير أكثر استقلالية، من خلال استمرار تعزيز الرسالة التـــي مفادها «آراؤك تعد آراء قيّمة، ولهذا السبب أريد سماع وجهة نظرك».

التحويل العكسي، هو ما يفكر ويشعر به المعالج تجاه المريض، مثلاً: تـــشعر المعالجة بالقلق بسبب اقتراب موعد المريض، حيث سيتعين عليها تحمل «ســـاعة من الشكوى والنحيب» وبمساعدة المشرف على المعالجة، يمكنها أن تتعلم تحمـــل كل موعد دون قلق (على سبيل المثال «المرضى ليسوا هنا لجعل حياتي ســـهلة أو للترفيه عني» والبحث عن طرق مبتكرة لتحويل انتباه المريض من البكـــاء علـــى مشكلاته إلى العمل على حلها، ويمكن للتغلب على معوقات العلاقة العلاجية (على سبيل المثال الاختلاف على سرعة خطوات العلاج) من خلال ما يـــسميه ســـافران وموران (2000) Safran and Muran «مـــا وراء التواصـــل» أي إن المـــريض والمعالج يسيران خارج العلاقة المتوترة للتقدم نحو علاقة تعاونية لا يشوبها اللـــوم (على سبيل المثال يوافق المعالج على اتباع منهج «الإسراع» في حل المـــشكلات، ويوافق المريض على تقديم معلومات أكثر تحديدًا عن مشكلته، بدلاً من الاستمرار في التحدث بشكل عام حول تلك المشكلة) ويتحمل المعالج المسؤولية الأساسية لبدء عملية ما وراء التواصل واستمراريتها.

ملخص القول، في حين أن هناك كثيرًا من النقاش في التراث البحثـــي حـــول الأهمية النسبية للعلاقة العلاجية، أو فنيات العلاج، يشير ليهـــيLeahy إلـــى «إن ضمان استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وتحسين التحالف العلاجـــي قـــد يوفران العلاج الأمثل» (770 : 2008).



لا يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالعوامل الاجتماعية والبيئية التي تسهم في مشكلات المريض

يفترض هذا الاعتقاد الخطأ أن العلاج المعرفي السلوكي يتبنى النظرة المعرفية البحتة، التي تعني أن التفكير المشوه يؤدي وحده إلى الاضطراب الانفعالي الذي يعانيه الفرد، بغض النظر عن ظروفه الحياتية، ومن ثَمَّ فإن المريض هو المسؤول عن مشكلاته لأنه «يفكر بشكل خطأ» والأمر ليس كذلك، حيث يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى علاج مجموعة من المشكلات والمواقف النفسية، التي تسهم في شعور المريض بالكرب والبؤس (Blackburn and Davidson, 1995: 16; emphasis added). يقوم المعالج بفحص كل من العالم الداخلي والخارجي للمريض (يتطلب ذلك فحص مذكرة تسجيل الأفكار اليومية للمريض، ومعلومات حول المواقف، والأفكار، والمشاعر، انظر الملحق رقم ٢). على سبيل المثال، المريضة التي «تشعر أنها محاصرة في زواج غير سعيد، ويجب أن تخرج منه» فإن المعالج يريد أن يفهم ما الذي يجعل زواج المريضة غير سعيد (على سبيل المثال «زوجي مدمن كحوليات، أصبح غريبًا عني ولم أعد أعرفه، وقد مات الحب الذي كان بيننا»، وما الأفكار والمشاعر التي تشعرك أنك محاصرة بهذا الزواج، (على سبيل المثال «إن تركته، فسوف يشرب حتى الموت، وسوف يكون هذا خطئي، وسوف أشعر بالذنب كثيرًا»).

إن النظرة المثيرة للسخرية حول العلاج المعرفي السلوكي هي الاعتقاد بأن المريضة غاضبة فقط بسبب تفكيرها السلبي حول العيش مع مدمن كحوليات، وأن النواتج المدمرة لهذه العلاقة ليس لها تأثير على حالتها النفسية، بينما في العلاج المعرفي السلوكي في الحياة الواقعية، سيعترف المعالج بمعضلة المريضة، ويقوم بشكل تعاوني بإجراء تقييم واقعي لمسؤوليتها عن موته، إذا تركته، وصدق تنبؤها: « ليس لدي القدرة على منعه من الشراب سواء عشت معه أو تركته» ومن خلال تحسين شعورها بالذنب، تصبح المريضة قادرة بكثير من الحزن، على إنهاء تلك العلاقة، وفي جوهر العلاج يرغب المعالجون المعرفيون السلوكيون أن يتفهموا،

بالتعاون مع مرضاهم، وبموضوعية شديدة، كيف يمكن أن تصبح المواقف غير السارة أكثر سوءًا من خلال التقييمات المشوهة، وغير الواقعية التي يتبناها المرضى، مما يضعف من قدرتهم على التكيُّف مع مشكلاتهم بصورة ملائمة.



العلاج المعرفي السلوكي ليس
إلا تطبيق المنطق السليم على مشكلات المريض

وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي يشجع المرضى ببساطة على التفكير بواقعية في مشكلاتهم، بدلاً من تفجيرها وتضخيمها، وعندما يسود التفكير المنطقي، سوف تتحسن مشاعر المرضى، ويحتوي كتاب بيك «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» الذي صدر سنة ١٩٧٦ على فصل بعنوان «المنطق السليم وما يتبعه» حيث يقول إن كل شخص بحكم خبرته الشخصية، ومحاكاته للآخرين، والتعليم الرسمي الذي تلقاه، يتعلم كيفية استخدام أدوات المنطق السليم: تشكيل واختبار المشاعر، والتمييز، والاستدلال (١٩٧٦: ١٢– ١٣). يمكن أن يقوم المعالج بتشجيع المرضى على الاعتماد على المنطق السليم في معالجة مشكلاتهم الانفعالية.

ومع ذلك، فإن المنطق السليم له حدوده، ويفشل في «تقديم تفسيرات صادقة، ومفيدة للاضطرابات «الانفعالية المحيرة» (Beck, 1976: 24). على سبيل المثال: ربما يكون أحد المرضى قد تعرض للمئات من نوبات الهلع، التي يعتقد خلالها أن قلبه ينذره أنه على وشك التعرض لنوبة قلبية شديدة، ولكن في كل مرة، لا يحدث أي شيء، ويمتلك المريض قدرًا هائلاً من الأدلة التي تنفي توقعه الكارثي، ولكن لم يحدث هذا التشكيك، فلماذا أخفق منطقه السديد عدة مرات في هذه القضية؟ وكذلك هناك كثير من النصائح المنطقية التي يتلقاها من أسرته وأصحابه، والتي فشلت في طمأنته أيضًا (على سبيل المثال « إذا كنت سوف تتعرض لنوبة قلبية لحدث ذلك منذ وقت طويل، لذلك لا داعي للقلق، هل حدث ذلك؟»). إن العثور على إجابة هذا اللغز يتطلب منطقًا استكشافيًا غير اعتيادي من قبل المعالج، في الكشف عن العوامل التي تحافظ على استمرارية تفكير المريض الذي يعاني نوبات الهلع بتلك الطريقة.

يشير سلكوفسكس Salkovskis (1991) إلى أهمية الدور الذي تؤديه سلوكيات السلامة في استمرارية القلق، والهلع (أي السلوكيات التي تمنع وقوع الكارثة

المروعة من وجهة نظر المريض). في المثال أعلاه، عندما تزيد ضـــربات قلـــب المريض، قد يحاول الاسترخاء، أو الجلوس، أو أخذ نفس عميق، أو تجنب ممارسة الرياضة، أو القيام بنشاط معين من أجل إبطاء معدل ضربات القلب، ومن ثَمَّ، مـــن وجهة نظر المريض فقد تجنب بذلك حدوث نوبة قلبية، ولسوء الحظ، فإن أســـلوبه المنطقي في حماية نفسه يدعم تنبؤاته الكارثية (على سبيل المثال: «كان ذلك علـــى وشك الحدوث، في المرة القادمة قد لا أكون محظوظًا إلى هذا الحـــد») نظـــرًا لأن كل نوبة هلع ينظر إليها على أنها الكارثة التي لم تحدث، بدلاً من كونها دليلاً على أن أفكاره غير صحيحة، لذلك يعتقد المريض أنه كان لديه المئات مـــن الكـــوارث التي لم تقع، بمجرد الكشف عن المنطق الداخلي للمـــريض المتعلـــق بـــسلوكيات السلامة والأمان، ويمكن للمريض التخلص من تلك الـــسلوكيات إذا توقـــف عـــن محاولة إنقاذ نفسه، وتجربة ذلك عند الشعور بنوبة الهلع (علـــى ســـبيل المثـــال: الركض على الفور، أو صعود السلم بصحبة المعالج، ثم القيام بهذه التمارين بنفسه عندما يكون بمفرده) وذلك من أجل معرفة ما سوف يحدث له بالفعـــل، ومـــن ثَـــمَّ يتبنى استنتاجات جديدة، وغير خطيرة حول قلبه المضطرب (على سبيل المثـــال: «قلبي على ما يرام»).

قد يشير المريض إلى أن ما تعلَّمَه في العلاج «يبدو كالمنطق الحقيقي تمامًـــا» لكنه لم يكن يبدو منطقيًا قبل أن يتعلمه، لأنه كان يخشى في البداية التخلـــي عـــن سلوكيات السلامة، والأمان التي كان ينتهجها، وكان يتساءل إذا ما كـــان المعـــالج غير منطقي في اقتراحاته العلاجية التي كلفه بها.



العلاج المعرفي السلوكي ليس إلا توجهًا تكنيكيًّا

أحد الانتقادات الشائعة الموجهة إلى العلاج المعرفي السلوكي«هو أنه يبدو توجهًا تكنيكيًّا» وأنه يركز بشدة على المنحى غير النظري، أو غير التصوري في نظرته للمريض الفردي (Leahy et al., 2012: 437). يفترض هذا المفهوم الخطأ حول العلاج المعرفي السلوكي أن المعالجين المعرفيين السلوكيين ببساطة يستمدون أدلتهم العلاجية لاضطرابات معينة (مثل الهلع والوسواس القهري) ويطبقون التكنيكات التي تستند إلى الأدلة العلمية التي تثبت فاعليتها لتحسين أعراض المريض، وفي حقيقة الأمر، يأتي تطبيق التكنيكات العلاجية تاليًا لصياغة مشكلات المريض (صياغة الحالة) من خلال التعاون بين المريض والمعالج (انظر النقطة ٣٠). وفقًا للنظرية المعرفية في الاضطرابات الانفعالية، فإن صياغة الحالة هو فهم دقيق لمشكلات المريض الفردية، وتطورها (على سبيل المثال: كانت المريضة تشعر بالرعب بعدما ضلت الطريق ساعاتٍ خلال قيادتها السيارة متجهة إلى ليفربول للمرة الأولى) (كانت تجربة مروّعة حقًّا). ما الظروف التي ينشط فيها قلقها المرتفع؟(على سبيل المثال، توقع أن تضل الطريق مرة أخرى عند السفر إلى وجهة جديدة، أو حدوث ذلك بالفعل، وأحيانًا عدم التأكد من وصولها إلى أماكن مألوفة أو آمنة) وما الذي يؤدي إلى استمرارية المشكلة؟ (على سبيل المثال، محاولة التأكد التام من أن اتجاهات السفر صحيحة من كل الجوانب، والقلق المفرط قبل السفر).

وحتى إذا استخدمت تقنية القيادة الموجهة بالأقمار الصناعية، فإن ذلك لن يكون عاملاً مؤثرًا في خفض شعورها بالقلق، لأن هذه التقنية قد تتعطل ومن ثم تفقد الاتصال، وفي النظرية المعرفية للقلق، تكمن الفكرة الأساسية في الخوف من الخطر أو التهديد الذي سوف يحدث في المستقبل، حيث يكون الشخص مهيئًا لذلك (انظر النقطة ٦)، وعلى المعالج أن يفكر في ما قد يمثل الخوف الأساسي الذي يقود المريض نحو القلق.

ومن صياغة الحالة تتبع الخطة العلاجية، واختيار التكنيكات التي يمكن أن

تكون مفيدة في علاج قلقها، وفي هذه الحالة تحديدًا، فإن الشروع في مجموعة من التجارب التي تضل فيها المريضة الطريق في أماكن جديدة لإثبات أن كوني تائهة أمر مزعج، ولا مفر منه، ولكنه محدود زمنيًا، فلا يمكن أن تضل الطريق إلى الأبد، يؤدى إلى أن تخرج المريضة من تلك التجارب بعد أن تكتشف النواة الحقيقية لقلقها (سوف أُفقد إلى الأبد، ولن أرى عائلتي مرة أخرى) وفي تطور صياغة الحالة الخاصة بمشكلات المريضة قالت «إنه أمر مثير للسخرية تمامًا، وليس لدي أدنى فكرة عن سبب اعتقادي هذا، ومن شأن الذهاب إلى أماكن جديدة أبعد وأبعد عن المنزل أن يزيد من فرص أن يظل الشخص مفقودًا إلى الأبد، ومع كل ما يستتبع ذلك من نتائج، أستطيع الآن أن أفهم حقًا لماذا كانت تجربة أن أضل الطريق، تجربة فظيعة بالنسبة إليّ «وكانت استجابتها التكيُّفية الجديدة تجاه فقدان الطريق هي «ضللت الطريق، ولكنني وجدته مرة أخرى».

دون صياغة الحالة لتوجيه العلاج، فمن المرجح أن تُستخدَم التكنيكات بطريقة عشوائية، ويتحول تركيز العلاج دائمًا على ما يبدو مثيرًا للاهتمام في أي لحظة (Blackburn and Twaddle, 1996).



تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي

فلنبدأ



تهيئة المشهد

نعني من خلال تهيئة المشهد عدم الدخول مباشرة في العلاج، من أجل «تحسين حالة المريض» في أسرع وقت ممكن، ولكن بدلاً من ذلك تُهيأ الأرضية العلاجية قبل بدء العلاج الرسمي، ويتضمن هذا الأمر الترحيب بالمريض بطريقة مهذبة، وتجاذب أطراف الحديث لمدة قصيرة من أجل كسر الحواجز بين المعالج والمريض (على سبيل المثال «كيف كانت رحلتك؟»). يمكن سؤال المرضى عما إذا كانت هناك أي أسئلة مبدئية يريدون طرحها قبل أن يبدأ المعالج في معرفة أسباب مجيئهم لطلب الاستشارة النفسية في الوقت الحالي (على سبيل المثال: «لدي ما يكفي من المشكلات، وسوف أفعل كل ما يمكن فعله من أجل تنظيم حياتي»، «أريد أن أعرف ما يمكن أن يقدمه العلاج لي»، «أريد أن أتقدم إلى الأمام، ولكن هذا يعني القيام بكثير من التغييرات التي لست واثقًا بقدرتي على القيام بها» أو «تمارس زوجتي ضغوطًا كثيرة عليَّ طلبًا للمساعدة، ولا أظن أن هناك مشكلة تتطلب ذلك»). يمكن أن تساعد هذه الأسباب المعالج في تحديد دافعية كل مريض للتغيير (على سبيل المثال: الملتزم، والفضولي، والمتردد، والمقاوم) وتُصمَّم المناقشة لتعكس ذلك. على سبيل المثال: تحديد خطة علاج للملتزم، والحديث عن العملية العلاجية وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي للفضولي، والنظر في إيجابيات وسلبيات التغيير بالنسبة إلى المتردد، وفحص إذا لم تكن هناك مشكلة (على سبيل المثال، الاستخدام الزائد للكحوليات) ولكن قد يكون لها بعض التأثيرات المثيرة للمشكلات (مثل تدهور العلاقة الزوجية) للمقاوم.

يمكن للمعالج أن يسأل المرضى عن توقعاتهم للعلاج، التي قد تختلف من مريض لآخر إلى حد كبير (على سبيل المثال «سوف تفهمني»، « أنت سوف تستكشف طفولتي، وتلقي باللوم على والديَّ بسبب ما أعانيه» أو «سوف تمارس بعض الضغوط عليَّ لتجعلني أقوم بعمل أشياء لا أرغب في القيام بها»)، ومن أجل التعامل مع أي سوء فهم قد يكون لديهم، ما قد يمهد بعد ذلك إلى وصف موجز للعلاج المعرفي السلوكي، ويتضمن: النظر إلى العلاقة بين الأفكار والمشاعر،

وتحمل المسؤولية الشخصية عن التغيير، ووضع جدول الأعمال، والتركيز على مشكلة محددة، ووضع أهداف واضحة ومحددة، وقابلة للقياس، والتعاون في حل المشكلات، والقيام بالواجبات المكلف بها، وأن يصبح المريض معالجًا ذاتيًا، وهو الهدف النهائي للعلاج المعرفي السلوكي، ثم نحصل بعد ذلك على عائد يتضمن آراء المريض وملاحظاته حول نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ومن ثم نستأذن المريضَ للمُضي قُدُمًا في العلاج المعرفي السلوكي، وقبل منح الإذن ببدء العلاج، يكون المريض قد طلب الحصول على مساعدة المعالج، وبعد ذلك يصبح الشخص مريضًا قام باختيار حرٍّ ومستنير.

يمكن للمعالج أيضًا مناقشة أهمية التسجيلات الصوتية الرقمية للجلسات، والأساس المنطقي لها، كحجر زاوية في الإشراف على المعالِج، وتحديد جودة أعماله، وتعزيز وتسهيل تعلم المريض من خلال الاستماع إلى تسجيلات الفيديو الرقمية بين الجلسات، وربما يعالج المريض المعلومات بطريقة سيئة في الجلسة العلاجية لسبب ما، على سبيل المثال، اضطرابه الانفعالي، أو الشعور بالحرج نتيجة طلبه توضيح من المعالج، أو انشغاله برؤية المعالج له، ورأيه فيه (على سبيل المثال: «إنه يراني ضعيفة ومثيرة للشفقة») ومن واقع خبرتنا فإن معظم المرضى يوافقون على تسجيل جلساتهم، ولا يقلقون بشأن وجود معدات التسجيل في غرفة العلاج (المعالجون عادة هم من يقلقون من تسجيل الجلسات العلاجية، خوفًا من أن يُقيَموا من قِبَل المشرفين عليهم على أنهم غير أكفاء).

يمكن للمعالج أن يستفسر عما إذا كان المريض قد خضع للعلاج من قبل (وأي نوع؟) وهل كان مفيدًا (على سبيل المثال: «أظهر المعالج اهتمامًا حقيقيًّا بمشكلاتي، وشعرت حقًّا أنني كنت شغوفًا بهذا العلاج» أو كان غير مفيد (على سبيل المثال» لقد شعرت بالضياع» وإذا كان قد تم الحفاظ على أي مكاسب علاجية (على سبيل المثال «شعرت بتحسن بعد ذلك بقليل، ولكنني الآن أشعر بالقلق كما كنت من قبل، لقد تخليت عن محاولة التغيير») ويمكن للمعالج استخدام هذه المعلومات للمساعدة في بناء تحالف علاجي مثمر مع المريض، والكشف عن عوائق العلاج المحتملة (على سبيل المثال: افتقاد المريض الواضح لمواصلة بذل الجهد) ويجب مناقشة مسألة السرية وحدودها، أو من سيعرف أو يتمكن من الوصول للمعلومات المتعلقة بمشكلات المريض (على سبيل المثال: المشرف على المعالج، والطبيب المعالج الذي أحال المريض، وغيره من المهنيين الصحيين المرتبطين بمشكلات المريض) ويُتفق على القضايا العملية مثل رسوم الجلسات،

وتوقيتها، والعقد العلاجي إذا لزم الأمر، ومدة وتكرار الجلسات، والمدة اللازمة للعلاج (على أساس التقدم العلاجي الذي أحرزه المريض).

قد تبدو المتطلبات السابقة لتهيئة المشهد العلاجي قبل بدء العلاج الرسمي كثيرة، ولكن هذا يعني أن المرضى لديهم صورة واضحة لما ينتظرهم، وأنهم قد اتخذوا قرارًا حرًّا ومستنيرًا حول متابعة العلاج، وقد يتضح كذلك أن العلاج المعرفي السلوكي لا يناسب هذا المريض، وأنه بحاجة إلى إحالته إلى مكان آخر.



تقييـــــم المريـــــض

تتضمن عملية التقييم في العلاج المعرفي السلوكي جمع المعلومات المتعلقـــة بمشكلات المريض، وتُفصّل هذه المعلومات في صياغة الحالة (انظر النقطـــة ٣٠) ويفترض تايلور (Taylor (2006: 99 أن «التقييم الجيـــد يمهـــد لعلاقـــة علاجيـــة سليمة» وقد يستغرق التقييم المبدئي جلستين أو أكثر، ولكن من الناحيـــة العمليـــة، يستمر التقييم طوال جلسات العلاج من أجل صقل وتحسين صياغة الحالة، والتقييم هو تحويل المشكلات إلى اضطرابات (مثل، الاكتئاب الشديد، والقلق على الصحة، والقلق الاجتماعي، واضطراب كرب ما بعد الصدمة) بناءً علـــى معـــايير الـــدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضـــطرابات النفـــسية (DSM-5,American Psychiatric Association [APA], (2013 . نحن نقـــول «عـــادة» لأن بعـــض مشكلات المرضى لن تتوافق بسهولة (أو على الإطـــلاق) مـــع محكّـــات الـــدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، لذلك ســـوف نحتـــاج إلـــى تطوير صياغة مميزة (على سبيل المثال: يريد المريض أن يفهم لماذا يفتقـــر إلـــى الطموح، وبعد ذلك يتعلم كيفية إشعال الحماس بنفسه من أجل التقدم في الحياة).

ينبغي أن تغطّي عملية التقييم ثلاثة جوانب:

١- الفهم التفصيلي للمشكلة التي أتت بالمريض طلبًا للمساعدة، وهذا يتضمن جمع البيانات حول الأفكار، والمشاعر، والسلوكيات، وردود الفعل الجسدية المتعلقة بالمشكلة محل الاهتمام (الاكتئاب الناتج عن إنهاء علاقة) وتستخدم المقـــاييس لقياس شدة المشكلة (في هذه الحالة لقياس شدة الاكتئاب) ويمثـــل ذلـــك خـــط الأساس، ويستخدم إلى جانب طرق أخرى لتحديد مدى تقـــدم المـــريض فـــي العلاج (على سبيل المثال، الدرجات التي تنخفض (تقدم) أو ترتفع مرة أخرى (انتكاسة) ومن أكثر المقاييس شيوعًا في العلاج المعرفي السلوكي مقياس بيك للاكتئاب((BDI-II; Beck et al., 1996) ومقياس بيك للقلق (BAI; Beck et al., 1988). يتكون مقياس بيك للاكتئاب من ٢١ بندًا للتقدير الذاتي تقيس شدة الاكتئاب، بما في ذلك شدة اليأس، والأفكار الانتحارية، ويتكون مقياس بيـــك

للقلق من ٢١ بندًا للتقرير الذاتي، ويقيس مدى استجابة المـــريض المعرفيـــة والفسيولوجية للقلق.

٢- فهم لماذا تستمر المشكلة (معاناة المريض) ويتم ذلك من خلال نموذج (A- B- C)، وبالنظر إلى المثال التالي نجد أن(A)= الأحداث الضاغطة (المواقــف)، و(B)= الأفكار والمعتقدات، و(C)= المترتبات السلوكية والانفعالية.

الموقف (A)	الأفكار والمعتقدات (B)	المترتبات الانفعالية والسلوكية (C)
المكوث في المنزل وحيدة، نتيجة انتهاء العلاقة.	أنا لا أستحق ذلــك، لماذا تركني؟ لا يمكن أن أكون سعيدة مـــن دونه.	الشعور بالاكتئـــاب، والألـــم، والغـــــضب، والانـــــسحاب الاجتماعي.

وتكون مشاعر المريض أيسر فهمًا، وأكثر وضوحًا وكثافة فـــي ســـياقات محددة، ولكن ليس بصفة عامة، ويقدم نموذج (A- B- C) عرضًـــا بـــسيطًا، وفعالاً للطريقة التي تؤثر بها الأفكار في المشاعر، كما أن استجابتها السلوكية بالانسحاب الاجتماعي سوف تدعم معتقداتها، ومن ثم يزيد اكتئابها، وتدور في حلقة مفرغـــة مـــن اليـــأس، ويمكـــن جمـــع مزيـــد مـــن الأمثلـــة حـــول (A- B- C) لتحديد ما إذا كانت هناك أنماط أو صور محددة تظهر في أفكـــار المريض ومعتقداته (على سبيل المثال، الخوف من الشعور بالتعاســـة مـــدى الحياة من دونه).

٣- المنظور الطولي، ويسعى هذا المنظور إلى فهم كيف ساهمت العوامل السابقة في حياة المريضة في تهيئتها للإصابة بالمرض (على سبيل المثال: تعتقد أنها لا قيمة لها من دون شريك الحياة) وعلاقتها بمشكلاتها الحاليّـــة، ويمكـــن أن تتضمن هذه العوامل مجموعة من العلاقات الفاشلة، وعدم القدرة على التكيُّف مع العيش بمفردها، ونوبات من الاكتئاب، واليأس من العثور علـــى شـــريك جديد في الحياة، والاستراتيجيات التي تحاول من خلالها الحفاظ على علاقتها وحمايتها من الانهيار مثل كونها شخصية خاضعة، وحريصة علـــى إرضـــاء الآخرين، ومجارية للمجتمع (انظر النقطة ٧).

ويتطور التقييم إلى صياغة الحالة، حيث يناقش المعالج والمريضة باســـتخدام

النموذج المعرفي كيف يتفاعل الماضي والحاضر معًا، لخلق معاناة المريضة واستمراريتها، والسعي إلى وضع خطة علاجية مناسبة لمعالجة مشكلاتها، وتحقيق أهدافها، ويقترح بيك Beck (2011) أن يُثقَّف المرضى حول اضطراباتهم الانفعالية مثل الاكتئاب والهلع، حتى يتمكنوا من عزو مشكلاتهم الحاليّة إلى الاضطراب، وليس لأنفسهم كونهم «ضعفاء» أو «فاقدي العقل» (على سبيل المثال: «إنه من المفيد معرفة أن مشكلتي شائعة، وأنني لست الوحيد في العالم الذي أعانيها»).



تقييم مدى ملائمة المريض لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي

قام كل من سافران وسيجال Safran & Segal (1990) بتطوير مقياس لتقييم مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ويتكون المقياس من عشرة بنود، يتم من خلالها تقييم المرضى على مقياس متدرج تتراوح الدرجة على بنوده بين (صفر: ٥٠ درجة)، وتشير الدرجة الكلية (صفر) إلى عدم ملائمة العلاج تمامًا، بينما تشير الدرجة (٥٠) إلى أقصى درجة من ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختصر، وسوف نعرض في السطور التالية كيف تستخدم هذه النقاط العشر لتقييم مدى ملائمة العلاج المعرفي المختصر للمريضة، التي أتت طلبًا للعلاج نتيجة عديد من المشكلات الانفعالية المتعلقة بزيادة الضغوط في العمل بعد إعادة هيكلة الشركة.

١- إمكانية الوصول إلى الأفكار الآليّة، وذلك بعد شرح وتقديم أمثلة عليها (انظر النقطة ٣) هل المريضة قادرة على اكتشافها وصياغتها؟ نعم فعلاً.(٤)

٢- الوعي والقدرة على التمييز بين المشاعر، ويقصد به هل المريضة مدركة وقادرة ويمكنها على سبيل المثال، التمييز بين الغضب، والشعور بالذنب، والخزي، والاكتئاب؟ جزئيًّا: تواجه صعوبة في التمييز بين الشعور بالخزي، والذنب. (٣,٥)

٣- قبول المسؤولية الشخصية، قبلت المريضة المسؤولية الشخصية عن التغيير، ولكنها قالت: «لم أكن لأواجه تلك المشكلات لو لم يكن هذا هو مديري في العمل».(٣)

٤- التوافق مع المنطق المعرفي، ويقصد به فهم المريضة وتقبلها النموذج المعرفي، بما في ذلك تنفيذ الواجبات المنزلية.(٤)

٥- إمكانية تحقيق التحالف العلاجي (في الجلسة) هل يمكن للمريضة أن تحقق تحالفًا علاجيًّا منتجًا مع المعالج؟ لقد شعرت المريضة بالاستياء من بعض أسئلة المعالج (على سبيل المثال «ماذا تقصد بأنني الذي أغضبت نفسي عندما

طلب مني المدير التأخر في العمل لإنهاء مشروع؟») مما قد يقلل من احتمالية تكوين تحالف علاجي أمثل. (٣.٥)

٦- إمكانية تحقيق التحالف العلاجي (خارج الجلسة) ويقصد بـه هـل المريـضة قادرة على تكوين علاقات إيجابية، ومثمرة في حياتها؟ لقد كانت هناك صورة مختلطة حول هذه المسألة (على سبيل المثال كانت لديها علاقات وثيقـة مـع الآخرين، ولكنها يمكن أن تتفكك بسرعة إذا شكت أن تلك العلاقـات يـشوبها عدم الولاء والاحترام).(٣)

٧- إزمان المشكلات، منذ متى واجه المريض المشكلة؟ أقرت المريـضة بعـدم رضاها عن حياتها على المدى الطويل، ولكن المشكلة المحـددة التـي تريـد التركيز عليها هي تلك التي حدثت مؤخرًا. (٤)

٨- سلوكيات السلامة والأمان، ويقصد بها مدى إمكانية أن تنخرط المريضة فـي سلوك معين مثل (التجنُّب) الذي يبقيها آمنة من وجهة نظرها، ولكنـه يعـوق معالجة مشكلاتها بشكل بناء، قالت المريضة إنها ستكون مـستعدة لمواجهـة المشكلة. (٥)

٩- التركيز، ويقصد به هل المريضة قادرة على التركيز على المـشكلة المـراد مناقشتها، لقد كانت المريضة قادرة على القيام بذلك، مع توجيه المعالج لها من حين إلى آخر أن تظل في المسار الصحيح. (٥)

١٠- تفاؤل/ تشاؤم المريضة بشأن العلاج، ويقصد به إلى أي مدى تعتقد المريضة أن العلاج سيكون قادرًا على مساعدتها، لقد قالت المريضة إنها متفائلة «أعلم أنني يجب أن أُخرِج نفسي مما أنا فيه». (٤)

حصلت المريضة على ٣٩ درجة مما يجعلها ملائمة جـدًا لتطبيـق العـلاج المعرفي السلوكي المختصر، ولم يحـدد سـافران وسـيجال Safran and Segal (1990) أي نقطة فاصلة لعدم ملائمة العلاج المعرفي السلوكي المختـصر، فهمـا يشيران فقط إلى ارتباط الدرجات المرتفعة بالمآل الجيـد للعـلاج، بينمـا تـشير الدرجات المنخفضة إلى سوء المآل، ويحذِّر ويستبروك وآخرون Westbrook et al. (2011: 90) من أن هذا المقياس «ينبغي استخدامه كـدليل إرشـادي، بـدلاً مـن استخدامه كمحكٍّ صارم» في تقييم مـدى ملائمـة العـلاج المعرفـي الـسلوكي المختصر، وقد وافقت المريضة على إجراء عشر جلسات علاجية، ومراجعة التقدم في العلاج كل ثلاث جلسات.

يشير فرانك ويلز Frank Wills إلى أن معايير ملائمة المرضى التي تركـز،

على سبيل المثال، على قدرة المرضى على اكتشاف أفكارهم الآليّة، والتمييز بين مشاعرهم، وتكوين العلاقات العلاجية، غالبًا ما تشبه (معايير) الأشخاص الأصحاء نفسيًا، وربما تعطينا مبررًا للتساؤل عما إذا كنا فقط نتعامل مع «الأصحاء القلقين» أي الذين لا يحتاجون إلى التدخلات الدوائية، أو الذين يأتون فقط للحصول على الاستشارات النفسية، ولعل هذه المعايير تعطينا توقعات جيدة حول من يمكن أن يكون ملائمًا للعلاج المعرفي السلوكي، ولكنها قد لا تكون قادرة على إخبارنا بكثير حول من يمكن أن يؤدي جيدًا في العلاج المعرفي السلوكي، وقد نبدأ فقط في الشعور بذلك بعد عدة جلسات (2012: 103, 105; emphasis in original).

نقترح عادة على المرضى غير الواثقين من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وملائمته لهم، أن يخضعوا لعدة جلسات تجريبية قبل أن يتوصلوا إلى قرار بشأن قابليته للتطبيق عليهم، وعلى مشكلاتهم.



هيكل الجلسات العلاجية

يعني هذا أن كل جلسة علاج، بعد تقييم مشكلات المريض (انظر النقطة ٢٣) ستتبع نمطًا يمكن التنبؤ به، يُشرَح هذا النمط للمريض كجزء من تواصله الاجتماعي في العلاج المعرفي السلوكي (انظر النقطة ٢٢) ويمكن للمعالج أن يقول شيئًا كهذا:

أرغب في معرفة مدى قلقك منذ الجلسة الأخيرة، وإلقاء نظرة على درجاتك على مقياس بيك للقلق، وهل هناك أي شيء قد حدث خلال الأسبوع الماضي ترغب في طرحه في هذه الجلسة؟ وسوف أكون مهتمًا بأي تعليق لك حول الجلسة السابقة، ثم يمكننا وضع جدول الأعمال، بحيث تكون الجلسة مركزة على المشكلة، اتفقنا!

ينبغي مناقشة البنود التي تسبق جدول الأعمال مناقشة قصيرة (لا تزيد على عشر دقائق كحد أقصى) حيث إن المحور الأساسي للجلسة هو جدول الأعمال، ويمكن للمعالج أن يشجع المريض على أن تكون ردوده مقتضبة على هذه البنود، وذلك عن طريق طرح أسئلة محددة جدًا مثل «هل كان هناك أي تحسن في نمط نومك خلال الأسبوع الماضي؟» بدلاً من «كيف كنت تشعر خلال الأسبوع الماضي؟» مما قد يؤدي إلى كثير من التفاصيل غير ذات الصلة بمشكلة المريض، وإذا كانت هناك مشكلة تستدعي الكشف عن مزيد من التفاصيل من قبل المعالج أو المريض (مثلاً: يقول المريض أن العلاج لا يساعده)، عندئذٍ يمكن وضع هذه المسألة على جدول الأعمال، ولا تُناقَش بشكل مستقل عنه، وإذا كان المريض يعبر عن أي أفكار انتحارية، تصبح هذه الأفكار هي الأجندة الحاليّة.

يعد بناء الجلسات العلاجية إجراءً ماهرًا ومنضبطًا لتنفيذ العلاج، ومن واقع خبرتنا فكل من المعالجين المبتدئين وذوي الخبرة، غالبًا ما يهملون القيام بذلك في ظل تحمسهم لفهم مشكلة المريض، أو بسبب عدم ارتياحهم لوضع قيود على الجلسة (في الحالة الأخيرة، تكون الجلسة عادة غير منتجة، إذا كانت المناقشة عامة وغير مركزة).



وضع جدول الأعمال

جدول الأعمال هو قائمة قصيرة من البنود التي سوف تكون محل اهتمام جلسة علاجية محددة، ويرى المعالجون المعرفيون السلوكيون أن وضع جدول الأعمال هو أفضل طريقة لاستغلال وقت الجلسة العلاجية الاستغلال الأمثل (على الرغم من أن المرضى الذين كانوا يخضعون لأشكال أخرى من العلاج غير الموجه، قد يصبحون متوترين مما يرونه قيودًا على حريتهم العقلية، وقد يحتاج المعالج إلى أن يشرح بصبر وتكرار الأساس المنطقي لإعداد جدول الأعمال) ويُتَّفَق على بنود جدول الأعمال بشكل مشترك، على الرغم من أن مراجعة المهام الخاصة بالواجبات المنزلية، ومناقشتها تعتبر عناصر ثابتة في جدول الأعمال، فإن الشكل النموذجي لجدول الأعمال يبدو كما يلي:

- مراجعة الواجبات المنزلية، وما الذي تعلَّمه المريض من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية؟ (انظر النقطة ٦٦).
- العمل على المشكلات ذات الأولوية التي يحددها المريض، والمعارف والسلوكيات الأساسية المتعلقة بها، ويُشجَع المرضى على الإيجاز في مناقشة الصعوبات التي يواجهونها، حتى لا يتوجه العلاج نحو سرد تفاصيل قصص طويلة.
- الاتفاق على الواجبات المنزلية الجديدة، ما المهام ذات الصلة بالهدف الذي يرغب المريض في تحقيقه في الأسبوع القادم؟ (انظر النقطة ٦٥).
- تلخيص ما دار في الجلسة، ويتم ذلك في البداية عن طريق المعالج، ثم يتم تدريجيًا نقل هذا الدور إلى المريض مع اكتسابه الثقة والكفاءة اللازمة لذلك، كجزء من دور المريض كمعالج لذاته.
- تقديم عائد، ويدور حول ما الذي وجده المريض مفيدًا، وغير مفيد في جلسة اليوم؟ ويجب أن يتم تقبل رد المريض عن هذا السؤال الأخير بطريقة غير دفاعية من قبل المعالج.

يمكن أن تستغرق العناصر الثلاثة الأخيرة من ١٠ إلى١٥ دقيقة لإكمالها، لذا من المهم أن يراقب المعالج الوقت لمنع حدوث تجاوز للوقت المحـــدد للجلـــسة، أو ضغط هذه العناصر في الدقائق القليلة المتبقية من وقت الجلسة.



وضع قائمة المشكلات

عادة ما يحضر المريض إلى العلاج بأكثر من مشكلة واحدة، ويمكن إنهاء القائمة عند إحراز تقدم في كل المشكلات، وتُعَد قائمة بالمشكلات التي يعانيها المريض في بداية التقييم، ولكنها لا تظل ثابتة طول الجلسات العلاج: حيث يمكن إضافة أو حذف مشكلات من القائمة، وتُحدَد الأولوية للمشكلات وفقًا للتقدم المتوقع إحرازه خلال عدد محدد من جلسات العلاج (على سبيل المثال: ثماني جلسات). بالإضافة إلى ذلك تُصاغ المشكلات وحلولها بطريقة واضحة وملموسة تسمح بقياس التقدم الذي أُحرِز بصورة منتظمة، وكذلك التدخلات المستخدمة في علاج هذه المشكلات، وإذا أمكن أيضًا الأدلة العلمية التي تدعم فاعلية هذه التدخلات (Wills, 2012).

يحضر المريض في بعض الأحيان إلى العلاج بعدد كبير من المشكلات، التي يمكن أن تُشعر كلا من المريض والمعالج بالإجهاد، وقد رأيت ذات مرة إحدى المريضات التي كانت تقرأ مشكلاتها من مفكرة أعدتها لذلك الغرض، حيث كان العدد النهائي لمشكلاتها ٥٣ مشكلة، ومع ذلك سرعان ما أصبح واضحًا بينما كنت أستمع إليها أن قلقها في تلك المواقف كان مرتبطًا بخوفها من التعرض لعدم الاستحسان من الأشخاص ذوي الأهمية في حياتها، ولا سيما أولئك الذين تراهم فائقين فكريًّا واجتماعيًّا مقارنة بها، ومن شأن ذلك أن ينشط معتقدها الأساسي حول نفسها بأنها وضيعة أو دون المستوى، بسبب انخفاض مستوى تعليمها، وتربيتها بين أبناء الطبقة العاملة (وافقت المريضة على فرضيتي)، ومن المهم أن يتمكن المعالج من تحديد المعتقدات والسلوكيات التي تربط بين تلك المشكلات التي تبدو متباينة، وذلك من أجل وضع صياغة بسيطة للحالة، بدلاً من الإسهاب في الصياغة، مما يساعد كلاً من المريض والمعالج على رؤية العوامل المعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى استمرارية مشكلات المريض المختلفة بوضوح (انظر النقطة ٣٠) وكما يلاحظ فينل Fennell: تفرض قائمة المشكلات النظام على

الفوضى، حيث تُلخَّص مجموعة من الخبرات، والتجارب المؤلمة فـــي عــدد مـــن الصعوبات المحددة نسبيًا، وتُعَدُّ عملية الحد من المشكلات هذه عاملاً حاسمًا في بث الأمل في نفوس المرضى، لأنها تدل على إمكانية التحكم والسيطرة (179 :1989).



الاتفاق على الأهداف

نحن نقول «الاتفاق على الأهداف» لأن المعالج لا يقوم بتحديد أهداف المريض بمفرده بطريقة آلية، وقد تختار المريضة هدفًا لا يخضع لسيطرتها (على سبيل المثال «أريد أن يعود زوجي إليَّ») أو أهداف تأتي بنتائج عكسية (على سبيل المثال:«أريد أن لا أشعر بشيء عندما ينتقدني الناس أو يؤذونني») أو أهداف غير واقعية (على سبيل المثال: «لا أريد أن أتعرض أبدًا لنوبة هلع») وينصح ويلز Wells بأن يكون لكل مشكلةٍ مُدونةٍ في قائمة المشكلات هدفٌ محددٌ.

بمجرد تحديد المشكلات ذات الأولوية، ينبغي إعادة صياغتها كأهداف، وتوفر قائمة المشكلات تفاصيل حول «ما الخطأ؟ أي تحديد المشكلة» ويجب تغيير ذلك إلى هدف أو عبارة «ماذا يريد المريض أن يحدث؟ أي الهدف» كما يجب تفعيل الأهداف (جعلها مفيدة علاجيا) بطريقة ملموسة (1997: 51; italics in original).

يميل المرضى إلى صياغة أهدافهم بطريقة غامضة (على سبيل المثال: «أريد أن أشعر أنني أقل انفصالاً عن ذاتي» أو بمصطلحات عامة (على سبيل المثال: «أريد أن أكون سعيدًا في الحياة») وسوف يحتاج المعالج إلى سؤال كل مريض عن التغييرات المحددة التي يجب أن تحدث حتى تُفعَل تلك الأهداف (على سبيل المثال، وعلى التوالي «أريد أن أكون أكثر تأكيدًا لذاتي عند الحديث عن نفسي» و«أريد أن أكون في علاقة») والخطوة الثانية هي تحديد كيف يمكن تقييم أو قياس التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف المحددة (على سبيل المثال: وعلى التوالي، الاحتفاظ بمذكرات تسجل فيها تأكيدها لذاتها في المنزل، والانضمام إلى مجموعة يسهل من خلالها التفاعل وتكوين علاقات هادفة، وهناك بعض المرضى الذين يقفون عند حدود الانضمام فقط دون التفاعل) وعلى نهج مجال إدارة الأعمال، يمكن للمرضى المشاركة في وضع أهداف ذكية أي:

محددة: «أريد أن أتمكن من الانتقال من منزلي إلى الشارع الرئيس بمفردي».

قابلة للقياس: «حاليًا هي بيتوتية، ولا يمكنها مغادرة المنزل إلا بصحبة أحد أفراد العائلة أو أحد الأصدقاء، ويمكن تقييم التقدم من المنزل إلى الشارع الرئيس على مراحل».

قابلة للتحقيق: «تعتقد المريضة أنها تمتلك القدرة والعزم على تنفيذ خطة العمل الموجهة نحو الأهداف».

واقعية: «تقول المريضة إن هدفها واقعيّ، وليس ضربًا من الخيال، أو حُلمًا بعيد المنال».

محدد زمنيًا: « يبدو هذا الهدف قابلاً للتحقق خلال المدة الزمنية التي حددتها المريضة للعلاج».

يفترض دوبسون ودوبسون Dobson & Dobson (2009) أن نموذج الأهداف الذكية السابق عرضه، يناسب أكثر الأهداف السلوكية، على الرغم من أن أي هدف يمكن أن يخضع لمعايير نموذج الأهداف الذكية، ويجب صياغة الأهداف باستخدام مصطلحات إيجابية (على سبيل المثال» أريد أن أشعر في النهاية أنني أكثر هدوءًا وثقة عند تقديم عرض أمام مجموعة» بدلاً من المصطلحات السلبية (على سبيل المثال «لا أريد أن أشعر بالقلق والحرج عند التحدث أمام مجموعة من الناس» لأن ذلك «يوضح ما يريد المريض أن يتحرك نحوه أكثر مما يريد الهروب منه»(Kirk, 1989: 41; emphasis in original). إضافة إلى ذلك، فإن تحديد الأهداف «يدعم الفكرة القائلة بأن المريض عضو نشط في العلاقة العلاجية، وأن المشاركة الكاملة مطلوبة: المريض لن يكون مفعولاً به»(Kirk, 1989: 41)، وتكون الأهداف مرنة وغير ثابتة، ويمكن تغييرها في ضوء المعلومات الواردة (على سبيل المثال: من الواجبات المنزلية) إن الهدف المبدئي للمريضة كان طموحًا جدًا، ونظرًا إلى طبيعة مشكلاتها الطويلة المدى، أو أنها تريد الاستفادة من التقدم السريع وغير المتوقع الذي حققته في العلاج، تريد الآن تحديد هدف أكثر تحديًا.



تعليم النموذج المعرفي

ينبغي أن يقوم المعالج خلال الجلسة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي، بتوجيه انتباه المرضى إلى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، بمعنى آخر، لتعليم النموذج المعرفي، يمكن أن يحدد الحس الإكلينيكي للمعالج التوقيت المناسب أو أفضل لحظة لتقديم النموذج المعرفي للمرضى، وعلى سبيل المثال، قد يحضر المريض في موعد الجلسة وهو في حالة من القلق، وقد يكون مثمرًا بالنسبة إلى المعالج من وقت لآخر أن يستثير قلق المريض، الذي ينشط تفكيره السلبي «ما الأفكار التي تدور في ذهنك الآن، والتي تجعلك تشعر بالقلق بشأن المجيء إلى هنا؟» وقد يجيب المريض: «أنا قلق من أنك لن تكون قادرًا على مساعدتي، وأنني لن أتحسن أبدًا» ويمكن أن يسأل المعالج المريض عن أي أفكار من شأنها أن تقلل من شعوره بالقلق «أنا أفترض أنني إذا اعتقدتُ أنك تستطيع مساعدتي، وظلّ عندي أمل بعد كل ما حدث، فإن هذا من شأنه أن يقلل شعوري بالقلق».

قد يصمت المريض خلال الجلسة، أو يبكي، أو يرد بطريقة غاضبة عن سؤال ما، أو يحدق في الأرض، وقد تصبح مثل هذه اللحظات فرصًا لتعليم النموذج المعرفي، من خلال استكشاف تفكير المريض باستخدام السؤال التالي: «ما الذي يدور في ذهنك الآن ويجعلك تبكي؟» وكتابةُ العلاقة بين الأفكار والمشاعر (على السبورة أو على الورق) وذلك قد يساعد المريض بطريقتين: التراجع خطوة إلى الخلف عن أفكاره ومشاعره المقلقة من أجل فحصها بموضوعية أكثر، وجعل النموذج المعرفي أكثر واقعية وفهمًا وقوة، ويقصد بالأمثلة المذكورة أعلاه تعليم النموذج من خلال استخدام الأسئلة، مما يجعل المريض قادرًا على الربط بين الأفكار والمشاعر بنفسه، بدلاً من أن يخبره المعالج بذلك.

ومع ذلك، يمكن للمعالج أن يتخذ موقفًا تعليميًّا في تعليم النموذج، وربما تكون نقطة البداية هي تعليم المريض أنه يشعر بالطريقة التي يفكر بها (Burns, 1999) «دعني أشرح ما أعنيه بهذه العبارة من خلال إعطائك مثالاً: رجلان مهتمان جدًّا بالمرأة نفسها، كل منهما يدعوها إلى الخروج، ولكنها ترفض دعوة كليهما، والآن

كلاهما في نفس الموقف (الرفض)، ولكن أحدهما فقط أصبح مكتئبًا لأنه يقول لنفسه إنه غير جذاب، ولن ترغب أي امرأة فيه، في حين أن الرجل الآخر يشعر بخيبة الأمل، لأنه يرى نفسه سيئ الحظ لعدم الخروج معها، ولكنه يرى أن رفضها له ليس أمرًا عصيبًا. ليس الموقف هو الذي يجعل كل رجل منهما يشعر بما يشعر به، ولكن تفسير كل منهما للموقف الذي وجد نفسه فيه، وهذا هو جوهر النموذج: أنت تشعر بالطريقة التي تفكر بها، ويمكن للمعالج أن يشرح للمريض بعد ذلك كيف يمكن استخدام النموذج المعرفي لفهم ردود أفعاله الانفعالية تجاه أحداث الحياة،(وعلى سبيل المثال: يقول المريض إنه يكون قلقًا في المواقف الاجتماعية، لأنه يخشى أن يجده الناس مملاً فيتجنبوه) وكما يشير بلاكبيرن ودافيدسون :Blackburn & Davidson

سوف يشير المعالج إلى كيفية تطابق التفسير مع المشاعر، ولكنه ليس بالضرورة التفسير الوحيد الممكن، ومن شأن هذه الأمثلة المستمدة من خبرات المريض الحياتية أن تقود المعالج لاستكشاف كيف أن العلاج المعرفي ذو صلة وثيقة بالفرد، ويمكن أن يساعده في التغلب على مزاجه العسر (56 : 1995).

من المهم أن يتذكر المعالج أن المريض قد يفهم النموذج، ولكنه لا يتفق معه (والخطأ هو افتراض أن الفهم يعني الاتفاق) لذلك، يجب الانتباه والكشف عن أي اعتراضات أو تحفظات على النموذج ومعالجتها (على سبيل المثال «ليس للنموذج معنى إذا كنت في معسكر اعتقال، أو كنت سوف تموت بداء عضال، أليس كذلك؟» (انظر النقطة ١ على سبيل المثال) ولا يحتاج المريض إلى القناعة الكاملة بالنموذج للاستفادة من العلاج: حيث يمكنه تحقيق بعض التقدم على الرغم من بعض الشكوك حول تطبيق النموذج على كل موقف في حياته، إن تعليم النموذج المعرفي لا يتم «مرة واحدة» بل يتم بشكل متكرر طوال فترة العلاج، حيث يتحمل المريض مسؤولية متزايدة عن الربط بين أفكاره ومشاعره، ويوضح لنفسه دائمًا أنه بتغيير تفكيره المزعج سوف يتمكن من تغيير مزاجه غير السار، وبالنسبة إلى كثير من المرضى فإن تحملهم مسؤولية ردود أفعالهم الانفعالية تجاه الأحداث، هي رسالة تحررية أكثر من كونها رسالة غير مرحب بها، وذلك لأنها توضح لهم أنهم ليسوا مضطرين للاعتماد على تغيير الآخرين أو تغيير الموقف أولاً قبل أن يشعروا بالتحسن، ولو كان الوضع كذلك، لكان التغيير الشخصي أمرًا يصعب كثيرًا تحقيقه.



صياغة الحالة

ويقصد بها فهم مشكلات المريض ضمن النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات الانفعالية (أي: إلى أي مدى يتوافق النموذج مع تطور مشكلات المريض واستمراريتها؟).

يشير ويستبروك وآخرون Westbrook et al. (2011) إلى أن صياغة الحالة تتكون من ثلاثة عناصر:

١- وصف المشكلة (المشكلات) الحاليّة.
٢- تحديد «لماذا وكيف تطورت هذه المشكلات؟».
٣- تحليل العمليات الأساسية المفترضة التي تقف خلف استمرار المشكلة.

يمكن ربط هذه العناصر الثلاثة في المثال التالي: تعاني مريضةٌ الاكتئابَ نتيجة انتهاء علاقة، (على سبيل المثال: لماذا تركني من أجلها؟ حياتي لا معنى لها من دونه، وماذا يمكنني أن أفعل لكي أبعده عنها؟ لا أستطيع من دونه مواجهة أحدٍ) قد يشار إلى المعتقدات الوسيطة في تلك الحالة (على سبيل المثال «ما لم أكن في علاقة، فحياتي لا معنى لها») والمعتقدات الأساسية (على سبيل المثال «لا قيمة لي وأنا بمفردي») على أنها عوامل القابلية للمرض طويلة الأمد، التي تنشط بفعل الضغوط الحاليّة في حياة المريض (انظر الملحق ١ للاطلاع على مثال لصياغة الحالة).

قدم باتلر وآخرون Butler et al. (2008) ثلاثة مبادئ أساسية كإرشادات لصياغة الحالة وهي:

١- ينبغي أن تستند صياغة الحالة إلى محاولة ترجمة النظرية إلى ممارسة (انظر الجملة الأولى في أعلى الصفحة).
٢- ينبغي أن تكون الصياغة افتراضية، بمعنى أن كلاً من المعالج والمريض قادران على تأكيد أو تعديل أو حذف البيانات المستخدمة في الصياغة.
٣- ينبغي أن تكون صياغة الحالة مختصرة (موجزة وواضحة) وكلما كانت

الصياغة معقدة وشديدة الإسهاب، كان من الصعب تذكرها، واستخدامها بالنسبة إلى المعالج والمريض.

إن صياغة الحالة تخدم في الأساس خطة العلاج، وقد ترغب المريضة في تعلم كيف تصبح سعيدة، ومستقلة نسبيًا، من خلال العيش بمفردها، من أجل إعطاء معنى لحياتها في ظل انتهاء علاقتها بشخص ما، وتتعلم أنها ستظل إنسانًا بصرف النظر عن كونها في علاقة أم لا، وسوف تُوجَّه الواجبات المنزلية نحو تحقيق هذه الأهداف. ودون صياغة الحالة، فمن المرجح أن تُستخدَم التكنيكات والتدخلات العلاجية بطريقة غير منهجية (بالمصادفة)، لأن المعالج قد شرع في العلاج بناء على فهم سطحي لمشكلات المريضة، وعلى سبيل المثال «إنها في حاجة إلى برنامج لتفعيل السلوك يتضمن حضور بعض اللقاءات لتصبح أكثر اجتماعية لتحسين مزاجها».

تُوضَع صياغة حالة مبدئية في الجلسة الأولى، وتُنقَّح/ تُعدَّل باستمرار في ضوء المعلومات الجديدة حتى انتهاء العلاج، ويشير ويلز وساندرس Wills & Sanders (1997) إلى أن صياغة الحالة الجيدة تساعد المريض في الإجابة عن بعض الأسئلة مثل « لماذا أنا؟» و«لماذا الآن؟» و«لماذا لا تنتهي المشكلة؟» و«كيف يمكنني أن أتحسن؟» ويشارك المعالج صياغة الحالة مع المريضة لتحديد مدى دقتها، ولمساعدة المريضة في فهم نفسها ومشكلاتها بصورة أفضل (Beck, 2011).

كما قلنا في النقطة ٢٣، يعتمد تحويل المشكلات إلى اضطرابات على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وفي حين أن «التشخيصات مهمة للبدء في بناء صياغة الحالة وخطة العلاج، فهي بمفردها غير كافية لتحقيق هذا الغرض» (Taylor, 2006: 99). والسبب في عدم كفاية ذلك هو أنه ينبغي فهم رؤية المريض الخاصة لهذا الاضطراب، وعلى سبيل المثال، يُشخَّص اثنان من الأفراد على أنهما يعانيان اضطرابَ القلق الاجتماعي، ومن ثَمَّ يبدو أنهما يواجهان مشكلات مماثلة، ومع ذلك فإن صياغة حالة كل منهما تكشف عن أن المريض الأول لديه مهارات اجتماعية ضعيفة (على سبيل المثال: السلبية، وصعوبة بدء المحادثات واستمرارها) في حين أن الثاني لديه مهارات اجتماعية جيدة، ولكنها غير مفعلة (متدهورة) بسبب القلق في بعض المواقف، وعلى الرغم من أن العلاج سوف يكون متشابهًا لكل منهما في معظم الجوانب، فإن المريض الأول سوف يتلقى تدريبًا على المهارات الاجتماعية، في حين أن الآخر ليس بحاجة ضرورية إلى ذلك.

تتمثل إحدى الإضافات الحديثة إلى صياغة الحالة في الاستماع إلى نقاط قوة المرضى (لموازنة نقاط الضعف المتصورة) التي يمكن استخدامها في علاج الصعوبات الحاليّة: «الغرض الأساسي من صياغة الحالة هو بناء قدرة المريض على التكيُّف والصمود» (Kuyken et al., 2009: 55). يقترح بعض المؤلفين أنٍ صياغة الحالة بالنسبة إلى بعض المرضى قد لا تكون ضاغطة أو منهكة لهم، إذا رُكِّز على ما هو صحيح بقدر التركيز علِى ما هو خطأ، وفي بعضِ الأحيان، يكون تماسك المريض هو الإطار الذي من خلاله تفُهم مشكلات المريضِ وتُعالج (Neenan, 2009) وعلى سبيل المثال «أريد أن أتعلم أن أكون أكثر تماسكًا عند مواجهة الانتكاسات والمضايقات في حياتي بدلاً من المبالغة في ردود أفعالي تجاهها».

على الرغم من أنه من المفترض أن تكون صياغة الحالة مباشرة، ومفهومة، فإن بعض المرضى قد يجدون صعوبة في فهمها، أو قد يرغبون في الحصول على طريقة مختصرة ودقيقة لتحديد مشكلاتهم، وفي هذه الحالات يمكن للمعالج والمريض أن يقوما بصياغة الحالة في كبسولة: أي تلخيص المشكلة والحل المقترح لها في جملة واحدة لا تُنسى، على سبيل المثال:

- **قطع خيوط العنكبوت:** ويقصد بها أن يقوم المريض بفحص معتقداته القديمة التي تمسك بها طويلاً، والتي ثبت عدم فاعليتها، لأنها لا تعكس فعليًّا التغيرات التي مرت به في حياته، فالناس في الوقت الحالي لا يعاقبونه على اختلافه معهم مثلما كان يفعل والداه في الماضي، وهو يركز الآن على تطوير معتقدات تكيُّفية جديدة تأخذ هذه التغيُّرات بعين الاعتبار.
- **عبور روبيكون***: ويقصد بها أنه في هذه المرة لا تنازل ولا عودة، وسوف يظل المريض مثابرًا حتى يتحقق هدفه في ترك علاقة مسيئة.
- **إيقاظ الكلاب النائمة:** ويقصد بها نهاية عهد«عدم توكيد الذات»، وأن يبدأ المريض في الدفاع عن نفسه، وعن مصالحه، عندما يعتقد أنه يُعامَل بصورة غير عادلة من قبل بعض الأصدقاء وزملاء العمل.

* روبيكون: هو أحد أنهار إيطاليا، ويبلغ طوله ٢٩ كم، وينبع من جبال الأبينيني، ويصب في البحر الأدرياتيكي، ويعود الفضل في شهرته إلى يوليوس قيصر، وكان روبيكون جزءًا من الحدود بين إيطاليا الرومانية، والغال الجنوبية (فرنسا وبلجيكا حاليًّا)، وكان محظورًا على يوليوس قيصر عبور الحدود بجنوده، وكان قيصر يقود قواته في بلاد الغال، عندما أصدر مجلس الشيوخ الروماني أوامره له بالتنحي عن قيادة الجيش وتسريحه، فرفض قيصر ذلك، وعبر نهر ربيكون لتبدأ حرب أهلية في إيطاليا، انتهت بانتصار يوليوس قيصر، وقد أصبح مصطلح «عبور نهر روبيكون» تعبيرًا سياسيًّا ذائع الصيت، يستخدم للإشارة إلى الوصول إلى نقطة اللاعودة.

- **فك السحر**: ويقصد بها أن تواجه المريضة أخيرًا الحقيقة المؤلمة التي مفادها أن فتى أحلامها لن يترك زوجته من أجل إقامة علاقة مثالية معها، والملخص المؤسف أنها تهدر حياتها في انتظاره بلا مقابل، وأنه قد حان الوقت للمــضي قدمًا في الحياة.



وضع خطة العلاج

تستمد خطة العلاج من صياغة حالة المريض، وتقدم نظرة شاملة عن كيفية تحرر المريض من قبضة الاضطراب، وتحقيق أهداف العلاج، وتتكون خطة العلاج من سلسلة من التدخلات التي من شأنها تعديل العوامل المسببة لاستمرارية اضطراب المريض (إذا اعترض أحد المرضى على مصطلح «خطة العلاج» لأنه يبدو طبيًّا جدًّا، فيمكن للمعالج أن يستبدله بمصطلح «خطة العمل») وعادة ما يكون العلاج في صورة كتيبات قائمة على الأدلة العلمية المستمدة من الأبحاث المتعلقة بالاضطراب الذي يعانيه المريض (مثل كتيب الأدلة العلمية حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة، الذي يوفر هيكلاً لكل جلسة علاجية، ويرشد المعالج إلى الإجراءات والتكنيكات التي يجب أن يستخدمها) وننصح عند استخدام هذه الكتيبات بالأمانة والمرونة، وبمعنى آخر، فإن هذه التدخلات قد ثبتت فعاليتها من خلال التجارب الإكلينيكية، لذلك يجب الالتزام بها، ولكن ليس بصورة جامدة، فعلى المعالج أن يطوع خطة العلاج بطريقة تلائم اهتمامات ومتطلبات المرضى، كما يتضح ذلك من خلال صياغة الحالة الخاصة بهم.

قبل أن ننظر إلى خطة علاج لاضطراب الهلع، ينبغي الإجابة عن السؤال: ما النموذج المعرفي للهلع؟ يتعرض الأفراد لنوبات الهلع لأنهم يميلون إلى تفسير مجموعة من الأعراض الجسدية (على سبيل المثال: تسارع ضربات القلب، وضيق التنفس، والشعور بعدم الواقعية) بطريقة كارثية، وينطوي سوء الفهم الكارثي هذا على إدراك هذه الأعراض على أنها دليل على كارثة جسدية أو عقلية وشيكة الحدوث (يؤدي تسارع ضربات القلب إلى أزمة قلبية، ويؤدي ضيق التنفس إلى الاختناق، والشعور بعدم الواقعية إلى الجنون) (Clark, 1989: 57; emphasis in original).

لقد تم التحقق من صدق هذا البرنامج العلاجي المستمد من النموذج المعرفي (Clark, 1996) الذي يهدف إلى مساعدة المرضى على تغيير تفسيراتهم للأعراض الجسدية من الكارثية إلى الجيدة، وتعديل العمليات التي تؤدي إلى استمرار هذه التفسيرات الكارثية، وتشمل التدخلات المعرفية تعليم المرضى النموذج المعرفي

للهلع، وفحص الأدلة التي تدعم تفسيراتهم الكارثية (على سبيل المثال: «كان قلبي يدق بصوت مرتفع جدًّا، لا يمكن إيقاف هذا التوتر، لم أكن استطيع التقاط أنفاسي، كان صدري منقبضًا جدًّا» وقد فُحصَت الأدلة للحصول على تفسيرات بديلة جيدة لأعراضهم الجسدية (على سبيل المثال: «عندما تشعر بالقلق، تتسارع ضربات قلبك، وقد صُمِم قلبك للتعامل مع قدر كبير من الإجهاد والتوتر دون الإضرار به» و«يحدث ضيق التنفس بسبب الإفراط في التنفس، وهذا لا يعني أنك مصاب بالاختناق، ودائمًا ما تحصل على الهواء في أثناء عملية التنفس بصرف النظر عن مدى شعورك بالسوء»).

تشمل التدخلات السلوكية استثارة المعالج المتعمدة لنوبات الهلع (يتضمن ذلك استثارة الأعراض الجسدية التي يخشاها المريض، ويتم ذلك عن طريق، على سبيل المثال: الركض لعدة دقائق، أو الإفراط في التنفس بشكل متعمد) لتعليم المرضى أن شعورهم غير السار بالهلع ليس خطيرًا، وفي وقت لاحق من العلاج، يزور المرضى الأماكن التي يتجنبونها بمفردهم، ويستثيرون الأعراض الجسدية غير المرغوب فيها في تلك المواقف المرعبة، على سبيل المثال، صعود المريض لدرجات السلم بسرعة في أحد المتاجر لكي تتسارع ضربات قلبه، ليثبت لنفسه أنه لن يصاب بنوبة قلبية.

هل ينتج عن تطبيق هذا البرنامج العلاجي نتائج ناجحة بالنسبة إلى المرضى؟ يشير كلارك Clark إلى أن «التجارب العلمية المنضبطة أظهرت أن هذا النوع المخصص من العلاج المعرفي، هو علاج فعال جدًّا في علاج اضطرابات الهلع» (1996: 339)، وبمعنى آخر، أن غالبية المرضى عند نهاية العلاج، وخلال مرحلة المتابعة قد تحرروا من نوبات الهلع، وللعثور على خططِ علاجٍ للاكتئاب واضطرابات القلق..انظر: (Leahy et al. ,2012).

طرق اكتشاف الأفكار الآلّية السلبية



اكتشاف الأفكار الآليّة

كما ناقشنا في النقطة ٣، إن الأفكار الآليّة السلبية هي أفكار محـــددة بموقــف معين، وتقع عادة على حدود الوعي، ويمكن لبعض المرضى الكشف عن أفكـــارهم الآليّة دون طلب المعالج، بينما يكون بعض المرضى الآخرين غير مـــدركين لهـــا تمامًا، لأنهم يرونها جزءًا من نظرتهم إلى أنفسهم وإلى العالم، وأنها لا تبدو مشوهة أو معضلة (Persons, 1989: 116) وغالبًا ما يكون المرضى أكثـــر وعيًـــا بمـــا يشعرون به (على سبيل المثال» كنت أشعر بسعادة غامرة طوال الـــصباح») عـــن الأفكار المرتبطة بالمشاعر (على سبيل المثال «لا يمكنني وضع يدي على الـــسبب الذي جعلني أشعر بذلك») والأفكار الآليّة السلبية هي النوع الأول من الأفكار التي يتعلم المريض فحصها، لأنها الأسهل من حيث اكتشافها وتعديلها، وهذا لا يعني أن المرضى سوف يكشفون فقط عن الأفكار الآليّة السلبية في الموقف المزعج، ولكن من المرجح أن يُكشَف عن القواعد/ الافتراضات (المعتقدات الوسيطة)، والمعتقدات الأساسية أيضًا، ويحتاج المعالج إلى فرز هذه البيانات المعرفية من أجل تصنيفها.

يمكن للمعالج أن يقوم بمساعدة المريض على رؤية الأفكار الآليّة السلبية على أنها أمر طبيعي، يمكن أن يختبره أي شخص، وأن هذه الأفكار تطفو على الـــسطح حينما يمر الفرد بخبرة سلبية.

غالبًا ما تُرفَض هذه الأفكار أو تحيَّد أو تُتجاهَل، ومع ذلك فإن صعوبة الأفكار الآليّة السلبية تظهر بوضوح عندما ترتبط بالضغوط الانفعالية طويلة الأمد، حيـــث يصعب إيقافها، ولا تخضع للمنطق، ولا للاختبار التجريبي، وتبدو معقولة بالنـــسبة إلى الشخص، وتعكس محتوى معتقداته الأساسية النشطة (على سبيل المثـــال «أنـــا فاشل»).

بينما نؤكد اكتشاف الأفكار الآليّة السلبية، يمكن أن يختبـــر المرضـــى أيـــضًا الأفكار الآليّة الإيجابية عديمة الجدوى أو التي يترتب عليها نتائج سلبية، وتتـــضمن بعض الأمثلة على ذلك: يقرر الشخص الذي لديه تاريخ سابق لتعاطي الكحول البدء في التعاطي مرة أخرى (على سبيل المثال: «لن يؤذيني كوبان من الخمر، ســـوف

أشعر بشعور رائع، أنا أستحق العلاج، نعم، اذهب إليــه»)، وتــستطيع المريــضة المصابة بالشره العصبي أن تقنع نفسها بأنها تستطيع أن تأكل ما تريد «لــن يزيــد وزني، لأنني سوف أتقيأ فيما بعد» (Cooper et al., 2000). وهذه الأنــواع مــن الأفكار الآليّة الإيجابية تحتاج أيضًا إلى الكشف عنها، وفحصها، وتعديلها.

في هذه النقطة، والنقاط التالية (٣٣، ٤٨) سوف نرى بعض الطرق الأساسية التي تستخدم في الكشف عن الأفكار الآليّة السلبية، ويعد طرح الأسـئلة الموجهـة أكثر طريقة مباشرة للكشف عن الأفكار الآليّة السلبية، وعلى سبيل المثـال: «هـل تعرف ماذا كان يدور بخاطرك في اللحظة التي كنت فيها عصبيًّا جدًّا، عندما طلب منك رئيسك في العمل تولي مسؤولية مشروع مهم؟» يمكن لهذا الـنهج أن يحـدد بسرعة إذا كان لدى المريض في الوقت الحالي القدرة علــى الكــشف عــن هــذه الأفكار، ويمكن أن يستخدم المريض الاستبطان بمساعدة المعالج، وذلك من خــلال أسئلة المعالج المحددة والواضحة (على النحو الوارد أعــلاه) بــدلاً مــن الأســئلة المبهمة والمتشعبة (على سبيل المثال: «في هذا الموقف عندما كنت عصبيًّا، وأنت تعلم الوضع بينك وبين رئيسك، بماذا كنت تفكر عندما طلب منك رئيسك في العمل أن تتولى مسؤولية المشروع الذي دفعك إلى أن تكون عصبيًّا جدًّا»).

يمكن أن تستخدم الأسئلة الاستفزازية للكشف عن بعض الأفكار الآليّة السلبية، وذلك عندما يرد المريض على الأسئلة المبدئية بــ «لا أعــرف»، وعلــى ســبيل المثال، عندما يقول أحد المرضى أنه لا يعرف ماذا يدور في ذهنه ويجعله قلقا جدًّا عندما يجد نفسه مركز اهتمام الآخرين! فيسأله المعالج: «ما الأفكار التي مرت في عقلك في تلك اللحظة عندما كانت كل العيون عليك؟ هل كانت تراقبــك أو تحكــم عليك؟ أجاب المريض الذي بدا الآن قَلِقًا: «سوف يرونننــي بــدينًا وقــذِرًا وغيــر منضبط، وسوف يحتقرونني» لقد كان السؤال الاستفزازي الذي طرحــه المعــالج على المريض، مبنيًّا على فرضية وُضعَت من خلال المعلومات التي جُمعَــت فــي أثناء تقييم مشكلات المريض.

بالنسبة إلى المريض غير الواعي تمامًا بالأفكار الآليّة السلبية الخاصة به لأنها جزء طبيعي من نظرته إلى العالم (Persons, 1989) يمكن للأسئلة الكــشف عــن تلك الأفكار إذا تخيل المريض نفسه أنه لا يتصرف وفقًا لوجهة نظره حول العالم، وعلى سبيل المثال، يقول أحد المرضى، أنه يضع نفسه فــي مــؤخرة أي طــابور انتظار في الحياة «هذه هي طريقتي في الحياة» فيسأله المعالج: «تخيل أنك وضعت نفسك في مقدمة الطابور من أجل التغيير، ما الأفكار التي سوف تدور في ذهنك إذا

فعلت ذلك؟» ويكشف رد المريض عن أفكاره الآليّة السلبية «سأكون أنانيًا إن فعلت ذلك، وذلك يعني أن احتياجاتي أكثر أهمية من احتياجات الآخرين الموجودين في الطابور، وأنني أعطى لنفسي قدرًا ومكانة لا أستحقهما، ولا أستحق أن أضع نفسي في أول الطابور».



الاستكشاف الموجه(1)

الاستكشاف الموجه هي عملية يقوم المعالج من خلالها بدور المرشد لمساعدة المرضى في: الكشف عن أفكارهم ومعتقداتهم غير التكيُّفية، وفحصها، واختبارهـا في الواقع، وتطوير استجابات تكيُّفية ومتوازنة تجاه هذه المعارف، واتخاذ قرارات أفضل لحل المشكلات، وتستخدم طريقة الاستكشاف الموجه الأسـئلة الـسقراطية المستمدة من الفيلسوف اليوناني سقراط (٤٦٩ – ٣٩٩ قبل الميلاد):

كان سقراط يعتقد أنه يمكن أن يقود محاوريه (الذين يشاركون معه فـي النقـاش) إلى الحقيقة من خلال أسئلته، وذلك لأنه كان يعتقد أن الحقيقة موجودة أصلاً فينـا، وإن كان ذلك غير معروف لنا، لذلك عندما نتعلم الحقيقة فنحن لا نتعلمها حقًّا، نحـن فقـط نتذكر ما كنا نعرفه من قبل ونسنياه (Kolakowski, 2008: 4 –5).

استنادًا إلى المعلومات التي كُشِف عنها من خلال الأسئلة الـسقراطية، فـإن المرضى غالبًا ما يقولون شيئًا مثل: «أنا أعرف ذلك بالفعل، ولكن يبدو أنني فقدته في مكان ما» وتُلقى الأسئلة السقراطية من قبل المعالج بـدافع الفـضول الحقيقـي لمعرفة وجهة نظر المريض، وليس الفضول المصطنع الذي يفترض أنـه سـوف يسمع كل الإجابات المتوقعة، ويشير بيك وآخرون Beck et al. إلى أنه «يجب أن تصاغ الأسئلة بطريقة تنبه الفكر وتزيد الوعي، بدلاً من أن تتطلب إجابة صحيحة» (103 : 1993) وعلى سبيل المثال: على التوالي «هل تعرف لماذا تنظر إلى النقـد نظرة سيئة جدًّا؟» مقابل «النقد يجعلك تشعر بأنك أقل شأنًا، أليس كـذلك؟»أيـضًا يمكن الاستكشاف الموجه المريض من خلال الأسئلة السقراطية من تقديم إجاباتـه الخاصة بدلاً من الاعتماد على التفسيرات التي يمكن أن يقدمها المعـالج، والتـي يمكن أن تضع المريض في وضع «التسوية أو المساومة، أي من الأسهل أن نتفق على أن نختلف، أو أن يبدو المريض أنـه غيـر كـفء أو صـعب المـراس» (Blackburn and Twaddle, 1996: 8– 9). وإذا كان المريض يعتقد أنـه فـي

(1) Guided discovery.

موقف مساومة، فقد يتردد في الكشف عن أفكار إضافية قد تكون أكثر صلة بفهم مشكلاته.

لأن طرح الأسئلة السقراطية يتطلب من المرضى التفكير في إجاباتهم، فيجب على المعالج أن يكون حذرًا من إجابة المريض بسرعة شديدة، حيث يبدو عاجزًا أو يعاني من أجل الإجابة عن الأسئلة، التي يراها أنها تدخُّل سابق لأوانه «يقاطع عمليات التفكير الخاصة بالمريض، ويخل بالغرض من السؤال السقراطي» (DiGiuseppe, 1991a: 184) ومن خلال خبراتنا، فإن الاستجابة السريعة جدًّا غالبًا ما ترجع إلى انزعاج المعالج من الصمت الطويل، أو نفاد صبره تجاه بطء المريض، ورغبته في أن يسير العلاج بخطى أسرع، مما يعني عدم كفاءة المعالج. سوف نقدم في المثال التالي، كيف يستخدم الاستكشاف الموجه من أجل الكشف عن الأفكار الآليّة السلبية الخاصة بالمريض:

المريض: كنت جالسًا في المنزل في الليلة الماضية، وبينما كنت أنظر من النافذة إلى المطر، بدأت أشعر أنني مكتئب، ولا أدري ما الذي جعلني أشعر بذلك!

المعالج: هل يمكننا أن نرى إذا ما كنا قادرين على اكتشاف السبب؟ [أومأ المريض بالموافقة] هل تتذكر فيما كنت تفكر عندما كنت تنظر إلى المطر؟

المريض: فقط أنها كانت ليلة مروعة للخروج من المنزل.

المعالج: وهل كنت سعيدًا إذًا بقضاء تلك الليلة في المنزل؟

المريض: نعم، في تلك الليلة، ولكنني دائمًا ما أقضي وقتي في المنزل.

المعالج: ولماذا دائمًا تقضي وقتك بالمنزل؟

المريض: لأنني لا أجد مكانًا أذهب إليه، وليس لى أحد لكي أراه [ساء مزاج المريض، ونظر إلى الأرض].

المعالج: ماذا يعني بالنسبة إليك عدم وجود مكان تذهب إليه، وعدم وجود أحد لرؤيته؟

المريض: يعني أن حياتي فارغة ومملة، وليس لديَّ مستقبل أتطلع إليه، ولا أمل في الشعور بالسعادة.

المعالج: هل هذه هي الأفكار [الأفكار الآليّة السلبية] التي جعلتك تشعر بالاكتئاب؟ [أومأ المريض بالموافقة].

يشير كل من بادسكي وجرينبرجر Padesky & Greenberger (1995) إلـــى أن الاستكشاف الموجه يعد هو حجر الزاوية في العلاج المعرفي، وأنه يحتاج إلـــى كثير من الممارسة لكي يتمكن المعالج من إتقانه، ومع ذلك، لا تصر على استخدام الأسئلة السقراطية إذا كانت غير فعالة (يمكن أن تتحول الأسئلة الـــسقراطية إلـــى تعذيب عقلي، مصحوبًا بسلسلة من الاستجابات الغاضبة «لا أعـــرف» مـــن قبـــل المريض) وإذا كان المريض سوف يستفيد بشكل واضح من التفـــسيرات المباشـــرة حول كيفية حل مشكلاته، وبمجرد حدوث ذلك، يمكن للمعالج العودة إلى اســـتخدام طريقة الأسئلة السقراطية، عن طريق سؤال المريض عن تعليقاته علـــى الحلـــول المقترحة لمشكلاته، وبالإضافة إلى الأسئلة الـــسقراطية، هنـــاك طريقـــة أخـــرى للاستكشاف الموجه وهي التجارب السلوكية (انظر النقطة ٥٩).



استخـــدام الصـــــور

يتضمن مصطلح «المعرفة» الصور تمامًا مثلما يتضمن الأفكار، فقــد يجــد بعض المرضى صعوبة في تحديد الأفكار السلبية الآليّة الخاصة بهم فــي موقــف محدد، ولكن يمكن أن يسأل المعالج هؤلاء المرضى إذا كان لــديهم أي صــور أو تخيلات في أذهانهم وهم في هذا الموقف، التي قد تكون أكثر قابليــة لاســترجاعها (على سبيل المثال «لدي صورة لكل الأشخاص الذين أداروا ظهورهم لــي عنــدما دخلت الغرفة» وبعد ذلك، يمكن سؤال المريض في هذا المثال عن المعنى المرتبط بهذه الصورة لاستنباط أفكاره المصاحبة للصورة (على سبيل المثال «لقــد فقــدت احترامهم، ولن أكررها مرة أخرى») ويمكن أن يساعد استخدام الصور المرضــى على إعادة إحياء المواقف السابقة من أجل الكشف عن الأفكار السخنة (المــشحونة انفعاليًّا) المرتبطة بهذه المواقف، وعلى سبيل المثال، المريضة التــي تقــول إنهــا تشعر بالقلق عند المشي في الشارع الرئيس، لكنها لا تعرف لماذا، ويطلب منها أن تتخيل الموقف في الزمن المضارع، أي كما لو كان يحدث الآن:

المريضة: أنا أسير في الشارع الرئيس، وأشعر بعدم الارتياح، وأشعر أن الجميع ينظرون إليَّ، لذا أخفض رأسي وأنا أسير.

المعالج: وماذا سوف يحدث إذا رفعت رأسك؟

المريضة: دائمًا ما أخفضها، وأرفعها فقط عند التسوق الذي أنتهي منه بأسرع ما يمكن.

المعالج: ولكن تخيلي أنك ترفعين رأسك، وانظري حولك، ماذا ترين؟

المريضة: [أصبحت متوترة بشكل ملحوظ] أراهم يحدقون بي، ويحكمون علــى، وأنا أكره ذلك.

المعالج: على ماذا يحكمون؟

المريضة: [أصبحت باكية] على مظهري.

المعالج: بأي طريقة؟

المريضة: يظنون أنني قبيحة، وبشعة، وأبدو مثل أنثى الفيــل، وربمــا يطلقــون

النكات عليَّ ويضحكون، وأنا لا أستطيع تحمل ذلك.

المعالج: هل هذه هي الأفكار التي تجعلك قلقة جدًّا عندما تسيرين في الشارع الرئيس؟

المريضة: [بهدوء] نعم.

يشير لازاروس Lazarus إلى أن «فهم الدور الذي تؤديه الصور في حياتنا اليومية، يقدم هاديات من أجل كشف كثير من الألغاز غير القابلة للحل (20 :1984) ومثال على هذه الألغاز، عندما يمر المريض بموقف، ويرى أنه يجب أن يكون سعيدًا بهذا الموقف (على سبيل المثال الزواج)، ولكن بدلاً من ذلك، يشعر بالقلق، وتفشل أسئلة العلاج المعرفي السلوكي القياسية في توضيح مخاوفه، ولجعل مخاوف المريض في موضع الانتباه، يمكن للمعالج استخدام أسلوب التصعيد (التخيل التصاعدي) (Lazarus, 1984) حيث يتخيل المريض حياته الزوجية تتكشف أمامه، ويتحكم المعالج في تقديم الصورة (التقدم إلى الأمام في الوقت المناسب) حتى الوصول إلى النقطة التي تظهر عندها الأفكار المثيرة للقلق: «أستطيع أن أرى ذلك في ذهني الآن، أصبحت عاداتها المزعجة غير محتملة، أشعر بالاستياء تجاهها أكثر مما أحبها، ولكنها ستتدمر إذا تركتها، لذلك أنا محاصر في هذا الزواج، وأشعر أنني غير سعيد على الإطلاق».



تقديم الاقتراحات

بغض النظر عن مهارة المعالج في استخدام المنهج السقراطي (انظر النقطة ٣٣) عادة ما تأتي نقطة في العلاج عندما يستجيب المريض بعبارة «لا أعرف» عندها لا تساعد الأسئلة الأخرى التي يطرحها المعالج على المريض في إيجاد طرق تساعد المريض على تجاوز عجزه المعرفي، ومن أجل التغلب على هذا العجز، يمكن للمعالج أن يقدم بعض الاقتراحات بناء على صياغة الحالة، أو بعض الاقتراحات المستمدة من الخبرة الإكلينيكية، وفي المثال التالي، تقول إحدى المريضات «ليس لدي أي فكرة عن السبب الذي يجعلني أشعر بالذنب، إذا قضيت بعض الوقت في قراءة صحيفة أو مشاهدة التليفزيون»:

المعالج: [القراءة من صياغة الحالة] واحدة من الافتراضات الأساسية الخاصة بك هي «إذا لم يكن لدي وظيفة حقيقية مثل الآخرين، فأنا لست جيدة مثل الآخرين» والآن أنت عاطلة عن العمل منذ عدة سنوات بسبب المرض، وقلت إنك تحاولين الانغماس في ممارسة كثير من النشاطات في كل يوم لإثبات أنك جيدة مثل الآخرين، من خلال العمل في المنزل، إذا جاز التعبير، فهل تظنين أن قراءة الصحيفة أو مشاهدة التليفزيون تعد بمثابة تساهُل، بينما ينبغي أن تكوني منشغلة بالكفاح في عمل ما؟

المريضة: نعم، ما ذكرته الآن صحيحًا تمامًا، إنه تساهل، يجب أن أعمل بجد للتعويض عن عدم وجود وظيفة حقيقية، أنا لا أستحق أي وقت لنفسي، أشعر بالفشل إذا لم أكمل قائمة المهام اليومية الخاصة بي (الجمل الأربعة الأخيرة هي الأفكار الآليّة السلبية للمريضة).

عمل اقتراح المعالج في هذا المثال السابق ذكره، على تحفيز استبطان المريضة للكشف عن الأفكار الآليّة السلبية، ومن غير المجدي أن يقدم المعالج مزيدًا من الاقتراحات إذا لم تكن المريضة بحاجة إليها (يمكن لسلسلة من الاقتراحات أن تؤدي إلى أن تصبح المريضة سلبية، حيث يقوم المعالج بالتفكير

بدلاً من المريضة) وإذا كانت المريضة قد وافقت المعالج على أن قراءة الصحيفة أو مشاهدة التليفزيون يعد تساهلاً، ولكنها لم تقدم تفاصيل بهذا الشأن، عندئذٍ يمكن للمعالج أن يسأل «كيف يؤدي هذا التساهل إلى الشعور بالذنب؟» لقد صُمِّم هذا السؤال لتقييم دوافع موافقة المريضة، وإذا ما كانت المريضة توافق على اقتراح المعالج من قبيل المجاراة (على سبيل المثال: «لقد وافقت على اقتراحك فقط، لكي لا أبدو متصلّبة» أم أن الاقتراح مفيد فعليًا بالنسبة إلى المريضة في تقديم إجابات عن حيرتها.

هناك طريقة أخرى لتحفيز استبطان المريض، عندما يصبح عاجزًا عن تحديد أفكاره الآليّة السلبية المرتبطة بموقف محدد، وهي أن يقترح المعالج فكرة عكس الاستجابة المتوقعة من المريض (Beck, 2011). على سبيل المثال: المريض غير متأكد من سبب شعوره بالقلق عندما تطلب منه امرأة جذابة جدًّا الخروج معها، يقول المعالج «أنت قلق جدًّا لأنك تعتقد أنها سوف تراك رجلاً مثاليًا بالنسبة إليها» يجيب المريض «على العكس، أعتقد أنني سأخيب أملها، سواء داخل أو خارج غرفة النوم، لن أرقى إلى مستوى التوقعات» (الأفكار الآليّة السلبية). يمكن للمعالج أن يستخرج من خلال سؤال سقراطي، لماذا يعتقد المريض أنه سوف يخيب آمالها، ولماذا لن يرقى إلى مستوى توقعاتها، وماذا يتخيل أن تكون توقعاتها حوله.



التغيرات الانفعالية في الجلسة

يمكن أن تحدث التغيرات الانفعالية للمريض في أي وقت وفي أي جلسة، ويحتاج المعالج إلى أن يكون في حالة تأهب استعدادًا لهذه التحولات الانفعالية، لأنها تعد مداخل مهمة لاستكشاف أفكار المريض، ويمكن أن تكون هذه التحولات واضحة (على سبيل المثال: أن يصبح غاضبًا) أو خفية (على سبيل المثال: تضييق العينين). ربما يتحدث المريض عن مشكلة ما بطريقة غير انفعالية، بينما يلاحظ المعالج شيئًا ما يدل على حدوث تغير انفعالي:

المعالج: كان ذلك تنهُّدًا شديدًا، كيف حالك في هذه اللحظة؟

المريض: سيئًا.

المعالج: ما الأفكار التي تدور في ذهنك الآن، وتجعلك تشعر أنك سيئ؟

المريض: لقد تركت كثيرًا من الأشياء تضيع من بين يدي، لماذا لم أتمسك بتلك الفرص، وأستغلها أفضل استغلال؟

إن تشجيع المريض على الإجابة عن سؤاله، سوف يساعد على توضيح المعنى الذي ينطوي عليه السؤال، ويؤكد بيك وآخرون أهمية التحقق من المعاني التي يقصدها المريض:

إن مجمل معاني تجارب المريض أمر بالغ الأهمية، وفي بعض الأحيان قد لا يُصاغ المعنى الذي يقدمه الأشخاص للموقف بشكل كامل، ولكن يجب أن يستخلصه المعالج، وذلك بالاعتماد فقط على البيانات الخام الحاليّة الخاصة بالأفكار الآليّة(1979: 30; emphasis in original) لقد تم التحقق من معنى أخر فكرة آليّة للمريض من قبل المعالج:

المعالج: ما إجابتك عن سؤالك؟

المريض: ليس لدي الشجاعة الكافية لتحقيق النجاح، لن أكون أي شيء مهم في الحياة، حياتي عبارة عن كتالوج لا نهاية له من الفرص الضائعة (أصبح المريض باكيًا، ومحدقًا في الأرض، ويهز رأسه ببطء).

تمتلئ إجابات المريض «بالأفكار السخنة» وهذه هي الأفكـــار التـــي تـــرتبط بالتغيرات المزاجية، وتقوم بعملية الشحن الانفعالي (Greenberger and Padesky, 1995: 55)، وهي أهم أفكار آليّة سلبية ينبغي اكتشافها وتعديلها، ولا يهتم العـــلاج المعرفي السلوكي بالأفكار الآليّة السلبية في حد ذاتها، لأن كثيرًا منها سوف يكـــون هامشيًا، أو غير ذي صلة بردود الفعل الانفعالية للمريض في معظم المواقف، لذلك قد يحتاج المعالجون إلى فرز عدد كبير من الأفكار الآليّة السلبية من أجل التحديـــد الدقيق للأفكار «السُخنة» (انظر النقطة ٤٦)، ومن خلال تشجيع المرضـــى علـــى تخيل الموقف المشكل بطريقةٍ واضحة كما لو كان يحدث الآن، فغالبًا ما يسهل ذلك من سرعة اكتشاف الأفكار الآليّة السلبية «السُخنة».



الوصول إلى الأفكار عن طريق معرفة المعنى الشخصي للموقف بالنسبة إلى المريض

يشير بلاكبيرن ودافيدسون Blackburn & Davidson إلى أنه «غالبًا ما يتحدث المرضى عن الأحداث كما لو كانت سببًا لمشاعرهم السيئة» ويقوم المعالج بإنشاء الرابطة المفقودة «التفسير» من خلال التحقق من معنى الحدث (1995: 73; emphasis in original). في المثال التالي، يعتقد المريض أن الموقف جعله يشعر بالذنب، والموقف الذي جعله يشعر بالذنب هنا هو، أنه تأخر عشر دقائق عن موعد اصطحاب أبنائه للعودة من المدرسة.

يدعم المريض وجهة نظره بقوله إنه لو كان وصل إلى المدرسة في الوقت المناسب لما شعر بالذنب، لذلك «من المؤكد أن هذا الموقف جعلني أشعر بالذنب لأنني وصلت متأخرا»،وردًا على تساؤل المعالج، وافق المريض على أنه لن يشعر كل أب (أحد الوالدين) بالذنب إذا وصل متأخرًا إلى المدرسة لاصطحاب أبنائه، وبعد أنْ وضع هذه الفكرة الاستهلالية في ذهنه، يسأله المعالج عن معنى أن يحضر إلى المدرسة متأخرًا عن موعد اصطحاب أبنائه: سوف يصبح أبنائي قلقين جدًّا إذا لم أكن هناك لاصطحابهم، لم يكن ينبغي أن أقلقهم إلى هذا الحد، أنا أب سيئ لأنني عرضتهم لهذه المحنة، ويرى المريض نفسه مذنبًا، ويقوم المعالج بتعليم المريض أن تفسيره للموقف يتوسط العلاقة بين الموقف وشعوره بالذنب، أي إن تفسيره هو سبب شعوره بالذنب وليس الموقف في حد ذاته، يجيب المريض: «سوف يكون لهذا الكلام معنى، لو أنني كنت قد وصلت متأخرًا ووجدت أبنائي يستمتعون باللعب، وقتها كنت سأشعر بالارتياح، وليس الذنب» ويمكن أن يساعد المعالج المريض على رؤية الدور الحاسم الذي تؤديه المعرفة في التأثير بقوة على ردود الفعل الانفعالية تجاه الأحداث، بصورة أكثر موضوعية، وذلك من خلال كتابة تسلسل العلاقة بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، على السبورة أو على الورق في حجرة الإرشاد.

نجد أحيانًا في بعض استمارات تسجيل الأفكار المستخدمة في العلاج المعرفي

السلوكي، أنه تُوضَع خانة المشاعر بعد خانة الموقف، وقبل خانة الأفكار، ويبـــدو هذا غريبًا جدًّا بالنسبة إلينا، ونحن نتفق مع دوبـــسون ودوبـــسون Dobson and Dobson (2009) أن هذه الأشكال تحديـــدًا لا تتوافـــق مـــع النمـــوذج المعرفـــي للاضطرابات الانفعالية، لأنها تعطي انطباعًا بأن المواقف تسبب المـــشاعر، بينمـــا وضع الأفكار في خانة بين خانتي الموقف والمشاعر يتسق مع النموذج المعرفـــي، أي أن استجابتنا الانفعالية للأحداث يتوسطها تفكيرنا حول هذه الأحداث.



التركيز على المشاعر

يطلق بيك على المشاعر اسم «الطريق الملكي [الطريق القصير والسهل] إلى المعرفة» (quoted in Padesky, 1993a: 404). إن مساعدة المرضى على تفعيل واستكشاف مشاعرهم عادة ما يكشف عن الأفكار الآليّة السلبية المهمة، وعلى سبيل المثال، المريض الذي يقول إنه يشعر بالغضب من سلوك والده تجاهه، لكنه متردد في إخباره بذلك، يشجعه المعالج على أن يتخيل أن والده يجلس أمامه على الكرسي في غرفة العلاج «والآن أخبره عن شعورك»:

المريض: [متحدثًا إلى والده] أنا غاضب منك، طلبت منك الخروج معي يوم الأحد الماضي، وقلت لي أنك مشغول جدًا، فلماذا تكون دائمًا مشغولاً جدًّا عندما أرتب شيئًا ما للقيام به معًا؟ أشعر أنك تدفعني دائمًا بعيدًا عنك، لماذا تفعل هذا بي؟

المعالج: لماذا تعتقد أن والدك يدفعك دائمًا بعيدًا عنه؟

المريض: [أصبح باكيًا] لا يحبني. لن أكون جيدًا بما يكفي بالنسبة إليه مثل أخي، كان سيتبرأ مني لو كان يستطيع، لا شيء أفعله يمكن أن يرضيه [الأفكار السُّخنة].

عادة ما يستخدم الكرسي، كما هو موضح أعلاه في العلاج الجشتطالتي [مثال أسلوب الكرسي الخالي، والكرسي السُّخن] وليس في العلاج المعرفي السلوكي، حيث يستعين المعالجون المعرفيون السلوكيون بأساليب أخرى، ولكن هذه الأساليب تستخدم في إطار نموذج العلاج المعرفي للاضطرابات الانفعالية (Clark and Steer, 1996) لاستكشاف الأفكار السُّخنة.

يمكن للمرضى الاحتفاظ بمفكرة لتسجيل التغيرات التي تطرأ على الحالة المزاجية، ومن ثم التقاط الأفكار الآليّة السلبية الخاصة بهم، ويشبه مايكل فري Michael Free التقاط الأفكار الآليّة باصطياد حيوان خجول جدًا:

يجب أن نستكشف عادات الأفكار الآليّة، ويمكن ذلك من خلال البحث عن

مساراتها أو بقاياها، ومن خلال الأفكار الآليّة يمكننا أن نقول أين كانوا بسبب المشاعر التي خلفوها وراءهم...مثل نوبة من القلق، أو الشعور بالانقباض، أو وميض من الغضب. كن منتبهًا لتلك العلامات، وانظر إذا ما كنت قادرًا على التقاط الأفكار الآليّة، وكلما اعتدت ملاحظة تلك العلامات سوف تكون قادرًا على رؤية مزيد من الأفكار الآليّة، حتى تتمكن من كتابتها في جملة كاملة (61 :1999).

على سبيل المثال: تحتفظ المريضة بمفكرة تسجيل الحالة المزاجية، ودونت فيها الشعور بحالة من الهلع المؤقت عندما طلب منها رئيسها في العمل القيام ببعض المهام المرتجلة، وكذلك دونت لمحات من الأفكار الآليّة «يا إلهي!»، ومن خلال التسجيل المنتظم في مفكرتها اليومية لنوبات الهلع هذه، تبدأ في اعتيادها بدلاً من أن تُفاجأ بها، وتصبح في النهاية قادرة على رؤية الفكرة الآليّة كاملة «يا إلهي! يجب أن أبادر، سوف أقوم بمهام غير منظمة وعشوائية، سوف يعتقد رئيسي أنني غير كفء، وسوف يندم على ترقيتي».

إذا حضر المريض بمفردات فقيرة انفعاليًا أي لا تعبر عن المشاعر التي يشعر بها (على سبيل المثال يستخدم كلمة «سيئة» لوصف جميع مشاعره) يمكن للمعالج أن يقدم معلومات لتعميق رؤيته حول الاستجابات الانفعالية للأحداث:

على سبيل المثال: نشعر بحالة سيئة من الاكتئاب عندما نرى أنفسنا فاشلين ومنعزلين عن الآخرين، ونشعر بحالة سيئة من الشعور بالذنب عندما نرى أننا كان يجب أن نفعل أو لا نفعل شيئًا ما، ونرى أنفسنا كأشخاص مريعين لقيامنا بسلوكيات لا تناسب شخصياتنا، ونشعر بحالة سيئة من الأذى عندما نرى أن الآخرين قد خذلونا، وأننا لا نستحق ذلك، وأننا مستاؤون لذلك، ونشعر بحالة من الخزي حول كوننا غير صالحين للتفاعل مع الآخرين، ومن ثَمَّ لا ننظر في عيون الآخرين أو نتجنبهم، فأي من هذه الخبرات السيئة قد مررت بها؟

قال المريض إنه شعر «بحالة سيئة من الأذى» حيث كانت زوجته على علاقة بآخر حينما كان يعمل طوال ساعات اليوم، لتوفير الطعام لأفراد الأسرة «ولم يكن يستحق هذه الخيانة» فلماذا يجب أن أتحدث معها بعد أن فعلت ذلك بي؟



افـــتراض الأســـوأ

يشير ويلز Wells إلى أن «أحد أكثر الأسئلة فاعلية لاستثارة الأفكـــار الآليّـــة السلبية في الحوار العلاجي هو: ما هو أسوأ ما يمكن أن يحـــدث إذا...» (1997: 58; emphasis in original). ويقترح فريمان وآخرون Freeman et al. (1993) أنه لا يُطرَح هذا السؤال إلا إذا كان المعالج يؤمن أن المريض قـــادر علـــى فهـــم الطبيعة الافتراضية للسؤال، وقادر على تطوير استجابات تكيُّفية تجـــاه الأحـــداث شديدة السلبية، والاستفادة من فكرة «إذا تمكنت من التعامل مع أسوأ شيء، يمكنني التعامل مع أي شيء آخر أقل سوءًا، وبالإضافة إلى ذلك، يعد هذا السؤال مؤشـــرًا على أنه إذا كانت النتائج قائمة على قراءة مشوهة جدًّا للأحداث المـــستقبلية مثـــل «حياتي كلها سوف تنهار إذا فشلت في الامتحان» أو «سوف أكون مرعوبًـــا جـــدًّا من أن تتحطم الطائرة، وسوف أسير في الممرات صارخًا وأتقيأ على الجميع». في المثال التالي، يطلب من المريض الذي يعاني قلق الأداء أن يفترض الأسوأ.

المريض: سوف أقدم أداءً مريعًا.

المعالج: يعد هذا وصفًا عامًّا لأدائك، ما الجوانب المحددة التي تثير قلقك؟

المريض: سوف أكون متوترًا جدًّا عند التحدث أمام كل هـــذا الجمـــع، وسأصـــبح معقود اللسان.

المعالج: وما أسوأ شيء يمكن أن يحدث إذا أصبحت معقود اللسان؟

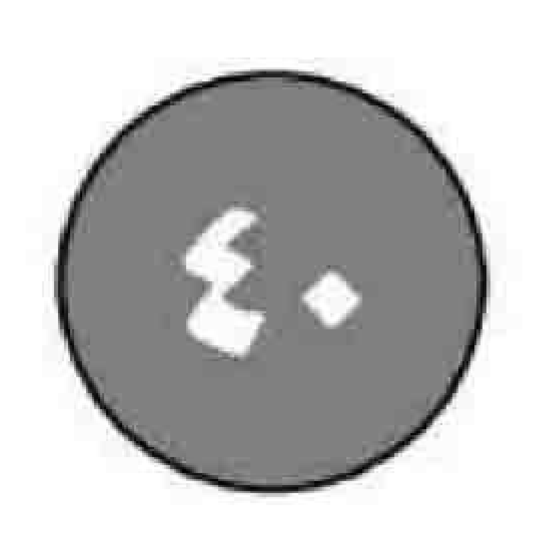
المريض: سوف أتجمد، ولن تخرج أي كلمة من فمي.

المعالج: هل هذا هو أسوأ ما يمكن أن يحدث؟

المريض: لا، أسوأ شيء هو أنني سوف أبدو مزيفًا، وأعصابي محطمة، وســـوف تدمر مصداقيتي المهنية [حُددَت الأفكار الآليّـــة الـــسلبية الأساســـية، أو الأفكار السخنة].

يمكن القيام بافتراض الأسوأ إذا كان خوف المـــريض المفتـــرض يمكـــن أن يحدث، ويريد مواجهته (على سبيل المثال، الإصابة بمرض عـــضال، أو انتهـــاء

علاقة طويلة الأمد) أو إذا كان المريض يتجنب التركيز على خوفه بشكل مباشـــر، إلا أنه يشتته باستمرار عندما يشير المعالج إليه: «أنت تقول إنك قلق جـــدًا بـــشأن سلوك ابنك الغريب، لأنك تعتقد أنه يقيم علاقة صداقة حميمة جدًا برجل ما، ولكـــن يبدو لي أن ما يقلقك أكثر هو خوفك من أن يكون ابنك مثليّ الجنس، وهو موضوع لم نتحدث عنه (غير معلن) ولكنه يسبب إزعاجًا في أثناء العلاج، فهـــل هنـــاك أي حقيقة فيما قلته؟».



التعـــرض الموقفـــي

يحدث التعرض الموقفي عندما يوافق المرضى على مواجهة المواقف المخيفة التي يتجنبونها عادة، من أجل استكشاف أفكارهم الآليّة، وفي غرفة العلاج الآمنة يجد المريض صعوبة في الوصول إلى أفكاره الآليّة لأنه بوضوح ليس في الموقف الذي يستثيرها، وربما يقلل من تأثير الطبيعة الضاغطة للأفكار (على سبيل المثال: «أبدو سخيفًا في الحقيقة، أعلم أنه لن يحدث لي شيء سيئ» أو ربما يعتقد أن شيئًا مريعًا سوف يحدث، ولكنه تجاوز الموقف بسرعة، ولا يستطيع أن يعرف ما الشيء المريع الذي كان يعتقد أنه سوف يحدث، ومن خلال تشجيع المرضى على معايشة المواقف التي يخشونها أو يتجنبونها، يمكن تفعيل أفكارهم السُّخنة، وعلى سبيل المثال: المريض الذي يخاف من تناول الطعام في الأماكن العامة، ولكنه لا يستطيع أن يقول للمعالج لماذا يقترن هذا الخوف بمقهى محلي محدد.

المريض: أشعر أن الجميع ينظرون إلي في أثناء تناول الطعام، أشعر بسخونة وتوتر شديد، وقد جف حلقي، ومن الصعب مضغ الطعام وابتلاعه.

المعالج: ماذا تعتقد أنه سوف يحدث إذا بقيت في المكان نفسه، وواصلت تناول الطعام؟

المريض: سوف أعرض نفسي للحرج.

المعالج: بأي طريقة؟

المريض: سوف أتوتر جدًا، ولن أستطيع تحريك الطعام في فمي ومضغه، وسوف أبدأ في الاختناق، بعدها سوف أبصق الطعام، أو سوف يخرج الطعام من فمي، سوف أقدم مشهدًا مريعًا لنفسي، وسوف يفزع الناس من سلوكي، ويغادرون المكان وهم يشعرون بالاشمئزاز (الأفكار الأربعة الأخيرة هي الأفكار الآليّة السلبية الأساسية).

أدى هذا التعرض إلى موقف سبق تجنبه إلى الحصول على بيانات تقييم مهمة، لم تكن مستغلة عندما كان المريض يجلس في مكتب المعالج، وغالبًا ما يكون مرافقة المرضى في مثل هذه الرحلات، في وقت مبكر من العلاج أمرًا مهمًا، لأنه من غير المحتمل في هذه المرحلة أن يقوم المرضى بمثل هذه الرحلات المرعبة بمفردهم من أجل تسجيل أفكارهم.

٤١

لعـــــب الأدوار [١]

يستخدم هذا التكنيك عندما يواجه المرضى صعوبة في الكشف عـن الأفكـار الآليّة السلبية الأساسية في علاقتهم مع الآخرين، ويمكن أن يلعـب المعـالج دور الشخص الذي يواجه المريض صعوبات في التفاعل معه، ومن المهـم أن يلتـزم المعالج بالسمات الشخصية التي ينسبها المريض إلى الشخص الآخر إذا كان لعـب الأدوار سوف يكون من أجل توضيح أي تفسير محتمل (على سبيل المثال، إذا قال المريض إن زميله في العمل غير مهذب وحاد، فلا ينبغي أن يؤدي المعـالج هـذا الدور كشخص مهذب ومراعٍ للآخرين، لأن ذلك سوف يقوض لعب الأدوار). فـي المثال التالي يلعب المعالج دور صديق المريض الذي ينتقده ويعطي لـه الأوامـر دائمًا:

المعالج: [في الدور] كان من المفترض أن تصطحبني من المطار في السابعة صباحًا، فلماذا وصلت في وقت متأخر؟

المريض: آسف، لقد واجهتني مشكلة في السيارة.

المعالج: لا تدعْ ذلك يحدث مرة أخرى، أنا خارج لحضور حفلة الليلة، وأظـنّ أنك تريد أن تأتي معي.

المريض: نعم، أود أن آتي معك.

المعالج: يمكنك أن تقوم باصطحابي إلى هناك وتعيدني إلى المنزل مرة أخرى، إلا إذا كنت محظوظًا وقابلت أصدقاء آخرين غيرك، عندئذٍ يمكنـك أن تغرب عن وجهي.

المريض: [أصبح متوترًا بصورة واضحة] حسنًا: سأغرب عن وجهك.

المعالج: [بعد أن خرج من الدور] هل هناك شيء تريد أن تقوله لـه، ولكنـك تتراجع؟

المريض: أريد أن أقول للنذل المتكبر اذهب إلى الجحيم.

---

1 - Role Play.

المعالج: وما الذي يمنعك؟

المريض: أنه سوف يطردني خارج مجموعة الأصدقاء.

المعالج: وإذا طُردت...؟

المريض: [بهدوء] لن يكون لديَّ أحد لأتحدث معه، أو أخرج بصحبته، سأكون وحيدًا، وفي حالة حزن حقيقية [الأفكار الآليّة السلبية الأساسية]

المعالج: هل السبب في تحملك لسلوكه هو تجنب تلك النتائج؟ [أومأ المريض بالموافقة].



تحليل موقف محدد

عندما تتحدث المريضة عن مشكلاتها بشكل عام، قد يكون من الصعب على المعالج أن يستخلص منها أفكارها الآليّة السلبية، وذلك لأن الأمثلة العيانية للمشكلات تظل بعيدة المنال، وأيضًا تكون المشاعر أكثر حدة في مواقف معينة (على سبيل المثال: شعرت بالهلع عندما بدا لي كأنني سوف أتأخر عن موعد الاجتماع) مما هي عليه في المستوى العام (على سبيل المثال: أنا قلقة بشأن ضعف قدرتي على ضبط مواعيدي) ولهذه الأسباب، من المهم أن يقوم المعالج بحصر المشكلة العامة في موقف محدد:

المريضة: لا يوجد موقف محدد، أنا قلقة فقط، أنا دائمًا قلقة، نهاية القصة.

المعالج: هل أنت قلقة من الحضور إلى العلاج؟ [أومأت المريضة بالموافقة] ما الأفكار التي تدور في ذهنك في تلك اللحظة، وتجعلك تشعرين بالقلق؟

المريضة: ماذا لو لم تستطع مساعدتي؟ وماذا لو كان العلاج مضيعة للوقت؟ قد يجعلني العلاج أسوأ وأنت تعبث بعقلي [الأفكار الآليّة السلبية].

وبدلاً من رؤية القلق بصورة غير منتظمة (غير واضحة) يفرز المعالج ويستخرج من المريضة الأفكار المتعلقة بقلقها من القدوم إلى العلاج، وهذا يمثل مدخلاً لفهم تجربتها الذاتية، ومن المهم ملاحظة أنه عندما يقوم أحد المرضى بالتعبير عن أفكاره في صورة أسئلة كما في الحوار أعلاه [ماذا لو...؟] عندئذٍ يحتاج المعالج إلى مساعدة المريض في تحويل هذه الأسئلة إلى عبارات واضحة، من أجل إزالة أي شك أو غموض محتمل: «لن تستطيع مساعدتي- مثل كل المعالجين الذين رأيتهم» «ولا أستطيع أن أتغير» وأن «العلاج سوف يكون مضيعة للوقت، وربما أغادر الآن» ويكون فحص الأفكار الآليّة السلبية أكثر فعالية عندما يُعبَّر عنها بوضوح، حيث يسمح هذا الوضوح للاستجابات التكيُّفية أن تتطور للرد على تلك الأفكار الآليّة.



اختزال الأفكار الآليّة السلبية

يقصد بذلك أن الأفكار الآليّة السلبية يمكن أن تتألف من بضع كلمات أساسية مصاغة بأسلوب تلغرافي «وحيدًا... أصبحت مريضًا... لا يمكن تحمله... السرطان... ليس جيدًا» وفي تلك الحالة تصبح كلمة واحدة أو جملة قصيرة علامة مميزة لمجموعة من الذكريات المؤلمة، أو المخاوف، أو التأنيب الذاتي (McKay et al., 2011: 18). وكذلك الحال عندما تُصاغ في صورة أسئلة (انظر النقطة السابقة، والنقطة ٤٦) ويصبح من الصعب فحص الأفكار الآليّة السلبية التي صيغت بأسلوب تلغرافي والرد عليها، وفي الحوار المتبادل التالي، سوف يوضح المعالج الردود المختصرة للمريض:

المعالج: ما الأفكار التي دارت في ذهنك عندما لم تحصل على الترقية، وجعلتك تشعر بالغضب الشديد؟

المريض: «نموذجي... ليس مرة أخرى... لماذا أنا؟!» هذا ما كنت أفكر فيه.

المعالج: من المهم أن نحول تلك الكلمات إلى جمل حتى نحصل على المعنى الكامل لهذه الكلمات، اتفقنا؟ [أومأ المريض بالموافقة] هل يمكنك توضيح ما تعنيه بكلمة نموذجي؟

المريض: حسناً، نموذجي تعني نموذجي، أنا لا أعرف ماذا يمكن أن أقول أكثر من ذلك.

المعالج: حسناً، هل تعني على سبيل المثال، أن شركتك تعاملت بطريقة نموذجية من حيث العدالة والأمانة، عندما لم تحصل على هذه الترقية؟

(يعطي المعالج المعني العكسي لما يفترض أن يكون الرد الفعلي للمريض، انظر الفقرة الأخيرة من النقطة ٣٥).

المريض: ليس كذلك، إنها الطريقة النموذجية التي يدير بها هؤلاء الأوغاد أعمالهم: فأنت تترقى على قدر معارفك، وليس على قدر ما حققته من إنجازات [الفكرة الآليّة السلبية الأولى].

المعالج: وماذا تقصد بقولك «ليس مرة أخرى»؟

المريض: هذه هي المرة الثانية التي لم أحصل فيها على الترقية.

المعالج: وإذا كان هذا صحيحًا، فما الذي يعنيه ذلك بالنسبة إليك؟

المريض: هذا يعني أن هناك مؤامرة ضدي في الشركة، لأنني لا أسير على نهجهم [الفكرة الآليّة السلبية الثانية].

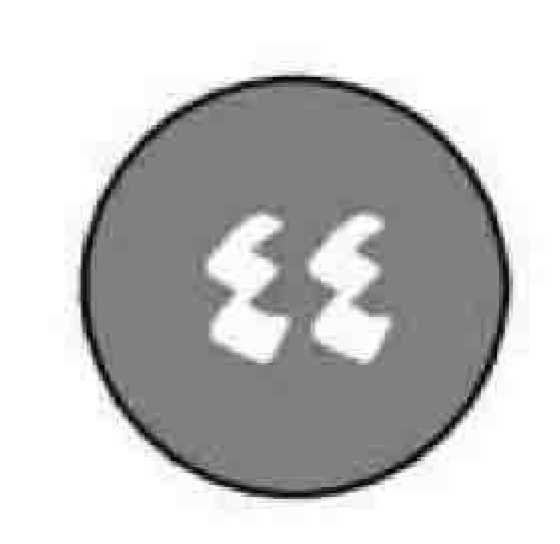
المعالج: وهل يمكنك توضيح فكرتك الثالثة «لماذا أنا؟!»؟

المريض: لأنني أعبّر عما أراه صحيحًا وفقًا لما يمليه علي عقلي، وأنني بالتأكيد لست منافقًا (مسايرًا) مثل بعض زملائي [الفكرة الآليّة السلبية الثالثة].

المعالج: هل قد توصلنا الآن إلى كل المعاني وراء تلك التعبيرات المختزلة؟

المريض: أعتقد ذلك، وإذا ظهر أي شيء جديد، فسوف أخبرك به.

لقد غيرنا الاختزال إلى تفاصيل، إذا جاز التعبير.



استثارة الأعراض

عرضنا في النقطة ٤٠ كيف أننا نشجع المرضى على تعريض أنفسهم للمواقف المقلقة التي يتجنبونها، من أجل الكشف عن أفكارهم السخنة، ويشير ويليز Wells إلى أن «هناك نوعًا آخر من التعرض يعتمد على التعرض للتنبيهات الجسمية الداخلية». إن استثارة الأعراض الجسدية أو المعرفية التي تكون محور الاهتمام/ أو سوء التفسير، يمكن أن تتيح لنا الوصول إلى مجموعة واسعة من المعارف المتعلقة بالإحساس بالخطر (67 :1997) وفي حالات اضطراب الهلع يخشى المريض من استثارة بعض الأعراض الجسدية مثل ضيق التنفس، أو خفقان القلب، أو الدوخة، حيث تشير هذه الأعراض من وجهة نظر المريض إلى أن كارثة وشيكة سوف تنتج عن تلك الأعراض (انظر النقطة ٣١) ويمكن الكشف عن الإدراك الكارثي من خلال تشجيع المرضى على المشاركة في تمارين التعرض للاستثارة الداخلية (على سبيل المثال: استثارة الأعراض الجسدية المجهدة) مثل أن يقوم المريض بالجري في المحل، أو استخدام الكرسي الدوار، أو أن يكتم أنفاسه، أو أن يهز رأسه من جانب إلى آخر، أو الإفراط في التنفس (Clark and Beck, 2012). على سبيل المثال، المريض الذي يتنفس من خلال أنبوبة ضيقة لمدة دقيقتين يصبح لاهثًا، ويشعر بالاختناق إذا لم يأخذ نفسًا عميقًا، ويذهب إلى الخارج للحصول على بعض الهواء النقي من أجل إنقاذ نفسه.

توهم المرض هو «حالة تتكون إما من انشغال المرء بأنه يعاني مرضًا خطيرًا، وإما الخوف من الإصابة بمرض خطير، على الرغم من التأكيدات الطبية بأن ذلك غير حقيقي» (Willson and Veale, 2009: 3). إن أحد العوامل التي تدعم استمرارية توهم المرض، هو أن يقضي المرء كثيرًا من الوقت في التركيز على الأعراض أو التغيرات الجسدية (تثبيت الانتباه). إن تجارب الانتباه الانتقائي تعلم المريض أن التركيز على الأعراض الجسدية العادية، وغير الملاحظة (على سبيل المثال، التنميل، والوخز، والألم) يزيد من الوعي بها وكذلك يزيد من شدتها، ويؤدي الانشغال اللاحق بهذه الأعراض إلى النتيجة المقلقة التي مفادها أن شيئًا

سيئًا سوف يحدث مثل «هذا الوخز يعني أنني سوف أصاب بالتصلب المتنـــاثر[1]» (فكرة سخنة) وسوف يحتاج إلى زيارة الطبيب مرة أخرى، وعندما يُحوّل انتباهـــه خارجيًا، يكون من غير المحتمل أن يلاحظ المريض أعراضه الجسدية.

---

1 - Multiple sclerosis.



الواجبات السلوكية

يمكن استخدام هذا التكنيك مع أي مشكلة، عندما يكون من الصعب استكشاف الأفكار الآليّة السلبية، وعلى سبيل المثال: قال أحد المرضى:«إنني أشعر بحزنٍ غير مبرر إذا قمتُ بإخلاء الحجرة الاحتياطية التي تحوي أغراضي وممتلكاتي القديمة» وأضاف: «ولكنني في حاجة ماسة إلى الحجرة لاستخدامها كحجرة نوم للضيوف». وافق المريض على بدء المهمة في نهاية الأسبوع وتسجيل أفكاره في مذكرة تسجيل الأفكار اليومية (انظر النقطة ٤٧) وفي الجلسة التالية قال إن إزالة «الأثاث القديم» قد أثار ذكريات جميلة من الماضي، الذي يتناقض مع الحاضر: «أسعد جزء في حياتي قد خلفته ورائي، كل شيء ممل ورمادي الآن، أين ذهبت حياتي؟» (الأفكار الآليّة السلبية).

مريض آخر كان يتأخر في كتابة مقالة لمجلة أكاديمية، لكنه قال إنه يشعر بالدهشة بسبب تأخره المستمر في الانتهاء من كتابتها، وقال إنه سوف يبدأ في كتابتها مساء اليوم، وسوف يسجل أفكاره المصاحبة في مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، وفي الجلسة التالية، كشفت مفكرة تسجيل الأفكار اليومية أنه جعل نفسه غاضبًا جدًّا، لأنه تخيل أنه أنهى مقالته وقد رُفضَت، أو خضعت لمراجعة شاملة: «كيف يتجرؤون على التعامل مع مقالتي بتلك الطريقة، ومن هم لكي ينتقدونني؟ يجب عليهم قبولها تلقائيًّا بعد كل هذ الجهد الشاق، لن أسمح لأولئك الأوغاد أن يقللوا من كفاءتي من خلال محاولاتهم تمزيق مقالتي» (الأفكار السخنة).

يمكن في بعض الأحيان، تنفيذ الواجبات السلوكية في الجلسة للكشف عن الأفكار الآليّة السلبية الخاصة بالمريض، وقد وافق المريض على ملء استمارة التقييم الذاتي المملة، ولكن سرعان ما أصيب بالإحباط من هذه المهمة، وألقى بالاستمارة على الأرض: «إنه أمر ممل جدًّا، لا أستطيع فهم أولها من آخرها، تجعلني تلك الاستمارة اللعينة أشعر أنني غبي» [الأفكار السخنة]. يتجنب مريض آخر المكالمات الباردة (المكالمات التي يتواصل من خلالها مع الشركات المحلية لعرض خدماته عليهم)، على الرغم من أنها الوسيلة الوحيدة لتسويق نفسه

كمدرب لإدارة الضغوط، وافق المريض على إجراء مكالمة من مكتب المعـــالج، واستغرقت المكالمة بضع دقائق، ووضع المريض الهاتف وقـــال «لـــم يكونـــوا مهتمين» وعندما سأله المعالج ما الذي يقصده، قال: «أشعر أنهم يرفضونني أنا، وليس فقط يرفضون ما أُقدمه، وسوف يؤدي كل رفض أتعرض له في النهاية إلى تدمير ثقتي بنفسي [الأفكار الآليّة السلبية]. أصبحت المكالمـــات البـــاردة ســـخنة [مشحونة انفعاليًا].



استخراج الأفكار الآليّة السلبية
من البيانات المعرفية الأقل أهمية

كما لاحظ ديفيد كلارك، ليست كل الأفكار الآليّة السلبية ذات أهمية إكلينيكية: «فأي شخص يشعر بالضيق من كل شيء، سوف يكون لديه عدد هائل من الأفكار السلبية، ويكون معظمها غير ذات صلة تمامًا، إنها نوع من القمامة (المخلفات) حقًا، فهي لا تقودنا إلى شيء» (quoted in Weishaar, 1993: 112). لذلك يحتاج المعالج إلى فحص هذا التدفق المعرفي بعناية، من أجل تحديد الأفكار السخنة التي «تسبب الاضطراب الانفعالي» وعلى سبيل المثال، قد يقدم المريض خواطر عن تفكيره في موقف معين بدلاً من الأفكار الفعلية – تمامًا كما فكرت هذه المريضة في واقعة مجلس الإدارة: «أعتقد أنني كنت قلقة لأنني كنت أتساءل ما الذي فكر فيه رئيس مجلس الإدارة، عندما لم يكن لدي الأرقام الدقيقة التي يريدها، كان الأمر على هذا المنوال» ومن أجل الكشف عن الأفكار الفعلية، يساعد المعالج المريضة من خلال التخيل على إعادة تمثيل واقعة مجلس الإدارة في الوقت الراهن: «يا إلهي، لقد أظهرت نفسي كأنني لا أتمتع بالكفاءة، لقد فقد الرئيس كل ثقته بي، هذه هي نهاية حياتي المهنية مع هذه الشركة».

يمكن للمرضى في كثير من الأحيان التعبير عن سيل من الأفكار المتعلقة بمشكلاتهم، ولكنهم يحذفون الأفكار الآليّة السلبية الأساسية التي تسبب الاضطراب، وفي المثال التالي، تقول الزوجة إنها تشعر بالذنب بدرجة كبيرة تجاه سلوك ابنتها، لكن الأفكار التي تدعم الشعور بالذنب لا تبدو واضحة في الطريقة التي تتحدث بها عن المشكلة:

المريضة: أشعر بالذنب بدرجة كبيرة نتيجة ما تقوم به ابنتي، وكما تعلمون، فهي تقوم بأشياء من قبيل البقاء خارج المنزل لوقت متأخر، والهروب من المدرسة، والاختلاط برفقاء السوء، أنها لا تفعل ما أقوله لها، أفكر بيني وبين نفسي، هل هي تحت تأثير المخدرات؟ وما الذي سيحدث إذا استمرت على هذا النحو؟ تدور هذه الأشياء دائمًا في ذهني، ربما ينبغي

أن أخرجها جميعًا من ذهني مرة واحدة وإلى الأبد، إنها تقودني نحو الجنون.

بالتوازي مع هذا السيل الأول من الأفكار، يحتوي الثاني على تقييم المريضة لنفسها أو للموقف، ويساعد المعالج المريضة في الالتفات إلى السيل الثاني من الأفكار لتحديد أفكارها المقلقة:

المعالج: قلت إنك تشعرين بالذنب من سلوك ابنتك، فما الأفكار التي تجعلك تشعرين بالذنب؟

المريضة: لم أربِّها بشكل صحيح، إنه خطَئي كونها تتصرف بتلك الطريقة، لو كنت أمًا جيدة لما تصرفَت بتلك الطريقة، أنا أم سيئة [الأفكار الآليّة السلبية: «لم أربها بشكل صحيح، إنه خطَئي كونها تتصرف بتلك الطريقة»، والمعتقدات الوسيطة: «لو كنت أمًّا جيدة لما تصرفت بتلك الطريقة»، والمعتقد الأساسي: «أنا أم سيئة». ويحتاج تصنيف أفكار المريضة بهذه الطريقة إلى مناقشتها وتأكيدها مع المريضة، ولا يعني السؤال عن الأفكار الآليّة السلبية أن كل المعالجين سوف يحصلون على ذلك].

يقول بيك Beck (2011) إن المرضى غالبًا يقدمون تفسيرات لأفكارهم بدلاً من الأفكار الفعلية، ورداً على سؤال المعالج حول ما يدور في ذهن المريضة في كل مرة تتطوع فيها للعمل لوقت متأخر، تجيب: «إنني أفرط في التعويض عن عدم الاستقرار الوظيفي السابق» (التفسير). كان عدم الاستقرار الوظيفي السابق للمريضة يتمثل في «عدم العثور على أي وظيفة في أي مكان»، الآن أنا أعلم أين سأذهب، وأحتاج إلى التعويض عن الوقت الضائع، ويسأل المعالج: «ما الأفكار التي تدفعك إلى التعويض عن الوقت الضائع؟» تجيب المريضة: «لكي أثبت لمديري وزملاء العمل أنني جيدة وأتمتع بالكفاءة مثلهم تمامًا».

عندما يسأل المرضى نمطاً من الأسئلة من قبيل «ما الذي يدور في ذهنك؟» فإنهم في كثير من الأحيان يجيبون بأسئلة بلاغية مثل: «كيف يمكنني أن أفعل ذلك؟»أو «ما جدوى المحاولة؟» أو «لماذا يحدث ذلك لي دائمًا؟» ولا تهدف الأسئلة البلاغية إلى الحصول على إجابة، لأن المتحدث يرى أن الإجابة واضحة بما فيه الكفاية، وتمتلئ تلك الأسئلة بكثير من الأفكار الانفعالية، ويُشجَّع كل مريض من قبل المعالج على الإجابة عن سؤاله الخاص، من أجل توضيح ما هو ضمني، ومن أمثلة ذلك على التوالي: «فعلت هذا الشيء لأنني شرير» (شعور بالذنب)، «لا جدوى من المحاولة، لا شيء يسير على ما يرام بالنسبة إليَّ» (اكتئاب)، و«هذا دائمًا ما يحدث لي، إنها قصة حياتي، هذا ليس عدلاً» (الشعور بالأذى).



الفصل بين المواقف، والأفكار، والمشاعر

ينص العلاج المعرفي السلوكي على أن تفسيراتنا للأحداث، وليست الأحداث في حد ذاتها هي التي ينتج عنها ردود الفعل الانفعالية، لذلك من المهم أن يقوم المرضى بملاحظة تلك الارتباطات إذا أرادوا الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي، وعندما يناقش المرضى مشكلاتهم، عادة ما يتم ذلك بطريقة مختلطة (غير مفهومة) دون فصل واضح بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وغالبًا ما يلومون الموقف نفسه على ما يشعرون به، وعلى سبيل المثال «زوجي يجعلني غاضبة عندما يذهب للعب الجولف صباح كل أحد» ومن أجل توضيح الدور الوسيط الذي تؤديه الأفكار في حدوث ردود أفعالهم الانفعالية تجاه الأحداث، يُشرَح كيفية استخدام الأعمدة الثلاثة من مفكرة تسجيل الأفكار اليومية (مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، انظر الملحق ٢) ومفكرة تسجيل الأفكار اليومية عبارة عن ورقة عمل مقسمة إلى خمسة أعمدة، تساعد المرضى على التمييز بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وتحديد التفكير غير الدقيق، وتقديم تقييمات للأحداث أكثر توازنًا (Tinch and Friedberg, 1996: 1).

يُعلَّم المرضى في جلسات العلاج الأولى التركيز على الأعمد الثلاثة الأولى (المواقف، والأفكار، والمشاعر) لكي يصبحوا متمرسين في اكتشاف أفكارهم الآليّة السلبية، ومعرفة كيفية ارتباطها بمشاعرهم المزعجة التي يبدونها في مواقف معينة، وبمجرد أن يتمكن المرضى من القيام بذلك، يمكنهم عندئذٍ تحويل انتباهم إلى تحدي الأفكار الآليّة السلبية الخاصة بهم، وبالعودة إلى المثال أعلاه:

الموقف	الأفكار الآليّة السلبية	المشاعر
ذهاب الزوج للعب الجولف صباح كل أحد.	«ينبغي أن يرغب في أن يكون معي، ولكن ذلك لم يحدث، إذًا فهو لم يعُد يحبني، لماذا -بحق الجحيم- الجولف أكثر أهمية مني؟ أنا زوجة بائسة (وحيدة) وهو لا يعيرني أي اهتمام!».	الغضب.

يطلب من المرضى تقييم مدى مصداقية أفكارهم الآليّة السلبية، وشدة مشاعرهم على مقياس من صفر إلى ١٠٠٪، وقد قيمت المريضة مصداقية أفكارها بـ ٨٠٪، وشدة مشاعر الغضب لديها بـ ٨٥٪، وهذه التقييمات مهمة لتحديد النقطة الفاصلة عند فحص تلك الدرجات بشكل تعاوني بين المعالج والمريض، وعلى سبيل المثال: «لا يُركِّز على الأفكار والمشاعر أقل من ٥٠٪» ومع ذلك إذا كان بعض المرضى يشعرون بالملل نتيجة تقديم التقييمات، لأنها يمكن أن تتحول إلى عملية آليَّة، فيجب على المعالج إلغاء هذا الإجراء (يعرف المرضى غالبًا الأفكار والمشاعر التي يحتاجون إلى التركيز عليها دون الحاجة إلى تقييمها).

لا ينبغي إعطاء المريضة مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، إلا إذا كانت تتفق مع النموذج المعرفي (على سبيل المثال: «زوجي يجعلني غاضبة، هذه هي المشكلة برمتها») أو كانت غير راغبة في ملء الاستمارات (على سبيل المثال: «جئت إلى هنا لطلب المساعدة، وليس لملء الاستمارات اللعينة») وحتى يُتَعامل مع مثل هذه الصعوبات، يُمكن تأجيل مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، وعلى سبيل المثال: رأت المريضة ووافقت في النهاية على الربط بين الأفكار والمشاعر من خلال سؤال المعالج لها كيف كانت ستشعر إذا كان زوجها:

١- سوف يبقى معها في المنزل صباح كل أحد ويسبب لها إزعاجًا (السعادة، لأنه يريد أن يكون معي).
٢- سوف يبقى في المنزل ويقرأ الجرائد (الأذى، لأنني لا أستحق أن يتجاهلني).
٣- سوف يبقى في المنزل ولكنه متجهم (الذنب، لأنني منعته من فعل ما يستمتع به حقًّا)
٤- سوف يبقى في المنزل، ولكنه يرى أن اقتراحها بالجلوس معًا في المنزل صباح كل أحد ممتع بالنسبة إليها فقط (القلق، لأنه مستاء مني، وقد يبحث عن أخرى). لقد ساعد ملء مفكرة تسجيل الأفكار المريضة على تحمل مسؤولية أفكارها ومشاعرها بدلاً من إلقاء اللوم على سلوك زوجها، ويقترح بيك وآخرون (١٩٨٥) تشجيع المرضى على تحويل صياغة الجمل التي تعبر عن مشاعرهم من «هو/ هي/ إنه يجعلني أشعر» إلى صوت نشط («أنا أجعل نفسي غاضبة») بدلاً من الصوت السلبي («زوجي يجعلني غاضبة»).

من الواضح أن الأمر يحتاج إلى مزيد من الوقت والجهد، لكي يعرف المرضى الفروق بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وكثيرًا ما تحدث الأخطاء، وعلى سبيل المثال: يضع أحد المرضى «أشعر بالقلق لأنني قد لا أحصل على

الوظيفة» في عمود الأفكار الآليّة السلبية، وفي الواقع يجب أن يذهب «القلق» إلـــى عمود المشاعر، و«قد لا أحصل على الوظيفة» إلى عمود المواقف(هذه وجهة نظر واقعية لمقابلة من أجل الحصول على وظيفة)، ومن أجل اكتشاف ماهيـــة أفكـــاره الآليّة السلبية، يجب على المريض أن يسأل نفسه عَمَّ يعني عدم الحـــصول علـــى الوظيفة بالنسبة إليه: «لن يرغب أي صاحب عمل لائق في تعيني، لن أحصل على وظيفة جيدة، فقط وظيفة وضيعة».



التمييز بين الأفكار والمشاعر

لا يؤدي إدخال كلمة «أشعر» على الجملة إلى تحويلها إلى مشاعرٍ، وكثيرًا ما يقول الناس «أشعر» بينما يقصدون «أعتقد» مثل «أشعر أنني وابني كلٌ منا يبتعد تدريجيًا عن الآخر» (مشاهدة العروض الدرامية على سبيل المثال، تظهر مدى سطوة جملة «أنا أشعر» على جملة «أنا أعتقد»). من المحتمل أن ينزعج الناس عند تصحيح جملة «أنا أشعر» والمقصود بها «أنا أعتقد» بشكل متكرر عند إساءة استخدامها: عندما تقول«أشعر أنني وابني كلٌ منا يبتعد تدريجيًا عن الآخر» فإن ما تقصده حقًا هو «أعتقد أنني وابني كلٌ منا يبتعد تدريجيًا عن الآخر» ومن الضروري إجراء تلك التصحيحات عند استخدام العلاج المعرفي السلوكي (ولكن ليس بشكل متواصل أو متعالٍ) وذلك لأنه من خلال تعديل الأفكار غير التكيُفية تتعدل المشاعر المزعجة، لذلك يحتاج المرضى إلى تعلم التمييز بين الأفكار والمشاعر، وأيضًا إذا لم يحدث هذا التمييز، فسوف يعتقد المرضى أن «مشاعرهم» تتحدّى عندما تكون أفكارهم بالفعل هي المستهدف فحصها:

ليست المشاعر محل نقاش، فهي تجارب [ذاتية] يختبرها الأفراد فقط، ولا يمكنك المجادلة مع مثل هذه الحالات الذاتية، في حين أن الأفكار، والمعتقدات، والآراء يمكن أن تكون موضع نقاش(Walen et al., 1992: 98).

يقترح جرينبيرجر وبادسكي Greenberger & Padesky قاعدة عامة وهي أن «الحالة المزاجية [على سبيل المثال، القلق، والاكتئاب، والذنب، والعار، والغضب] يمكن وصفها بكلمة واحدة، وإذا استخدمت أكثر من كلمة واحدة لوصف الحالة المزاجية، فقد تكون تصف فكرة»(28 :1995). على سبيل المثال: قد يقول أحد المرضى: «أشعر أنني لن أتمكن مطلقًا من التغلب على هذه المشكلة «التي قد يُحولّها المعالج إلى «لقد فكرت في أنك لن تتمكن أبدًا من التغلب على هذه المشكلة، فما شعورك تجاه ذلك؟» وقد يرد المريض مرة أخرى بجملة «أشعر»: «أشعر أن العلاج لن يكون قادرًا على مساعدتي». يمكن للمعالج أن يشير إلى أن المريض قد قدم فكرتين له، ثم يسأله مرة أخرى كيف ستكون مشاعره تجاه تلك الأفكار التي

تدور في ذهنه: مكتئب. من المهم أن يعبر المرضى عن أفكارهم بصيغة الملكية المفردة، على سبيل المثال: «أنا سوف أكون دائمًا فاشلا» أو «لا أحد يحبني» من أجل السيطرة الذاتية على هذه الأفكار، بدلاً من استخدام صيغة غير شخصية «سوف يرى المرء نفسه فاشلاً في مثل تلك الظروف»، أو «الجميع يفكر في وقت ما من حياتهم أن لا أحد يحبهم» (Neenan and Dryden, 2000).

قد يستخدم بعض المرضى كلمة واحدة لوصف مشاعرهم مثل «سيئ» أو «حمقاء» أو «هراء»، ولسوء الحظ، فإن هذه الأنواع من الأوصاف المكونة من كلمة واحدة، رغم أنها واضحة فإنها لا تعبر عن أي من المشاعر التي يبحث عنها المعالجون المعرفيون السلوكيون، ومن خلال سؤال المرضى عن أفكارهم (على سبيل المثال: «لقد خذلتُ أعز أصدقائي عندما احتاج إليّ، هو دائمًا يقف بجانبي، لقد تصرفت بشكل سيئ جدًا») والسلوك (على سبيل المثال: «أنا مستمرٌ في محاولة تعويضه بشتى الطرق») ويكون المعالج قادرًا على أن يدرك كلمة «هراء» على أنها تعبر عن الشعور بالذنب، لقد خرق المريض نظامه الأخلاقي لكيف يتصرف تجاه أفضل أصدقائه (يجب أن أكون دائمًا بجواره، مثلما يكون بجواري، ولم أكن بجانبه عندما كان في مشكلة خطيرة»). يمكن للمريض بعد ذلك أن يستخدم مصطلح «الشعور بالذنب» أو يظل يستخدم مصطلحه الخاص.

الفحص والرد على الأفكار الآليّة السلبية

٤٩

الرد على الأفكار الآليّة

بمجرد أن يستنبط المرضى أفكارهم الآليّة السلبية، ويفهمون الفرق بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، فهم مستعدون الآن لفحص أفكارهم الآليّة السلبية بطرق متنوعة، من أجل تطوير استجابات مفيدة وأكثر تكيُّفًا بالنسبة إليهم (انظر النقاط ٥٠، ٦٢). يشير بيك وآخرون Beck et al إلى أن «المهمة الأساسية للمعالج هي مساعدة المريض على التفكير في استجابات منطقية لإدراكه السلبي، للتمييز بين التفسيرات الواقعية للأحداث، والتفسيرات التي يشوهها المعنى الشخصي للأحداث (1979: 164).

يجب على المعالج من أجل مساعدة المريض على تطوير هذه «الردود المنطقية» أن يسمح له بالوقت الكافي للتفكير في الأمور، حيث إن هذه قد تكون أول محاولة لصياغة رد بناء على إدراكاته السلبية. يصف الفيلسوف جون كامبل John Campbell الفلسفة بأنها «تفكير بالحركة البطيئة» من أجل النظر بعناية في بعض الأفكار التي ربما نكون قد تكيَّفنا معها بسرعة كبيرة، ويبدو أنها لا تزال عالقة. إن إبطاء تفكيرنا يسمح لنا برؤية «الخطوات العقلية» التي قمنا بها من أجل تأييد هذه الأفكار، والرؤى البديلة المتاحة أمامنا. نحن نظن أن كل المعالجين والمرضى إذا كانوا مهتمين، يمكنهم العثور على مصدر غنيّ بالأفكار في الفلسفة لمساعدتهم على توسيع وتعميق مناقشاتهم حول التكيُّف مع تقلبات الحياة، وهناك مرجعان في هذا الصدد لوليام أرفين William Irvine يمكن الرجوع إليهما وهما A Guide to the Good Life (2009) & A Slap in the Face (2013).

كما رأينا في القسم الخاص باكتشاف الأفكار الآليّة السلبية فإن المعنى الشخصي (على سبيل المثال: «حياتي قد انتهت») يمكن أن يجعل التعامل الموضوعي مع موقف غير سار (مثل فقدان الوظيفة بعد ٢٠ سنة خدمة في الشركة نفسها) أكثر صعوبة (على سبيل المثال يقول المريض إنه «غارق في الحزن واليأس»).

إن تشجيع المرضى على النظر إلى الموقف بطرق أكثر واقعية يقلل من شدة

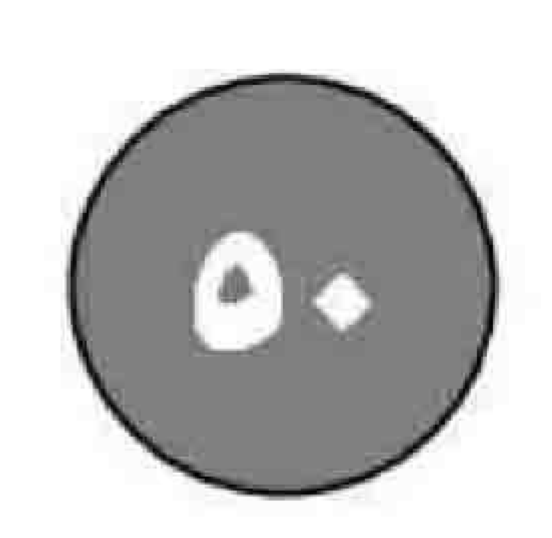
مشاعرهم المؤلمة (على سبيل المثال: «حياتي مع تلك الشركة قد انتهت، وما زلت أشعر بالضيق حيال ذلك، ولكن ليس بالمستوى نفسه الذي كنت عليه من قبل، أنا أدرك الآن أن حياتي لايزال بها إمكانيات وفرص جديدة، إذا كنت أرغب في البحث عنها»).

من أجل تحقيق هذه النتيجة، يُعلَّم المرضى اعتبار أن أفكارهم الآليّة السلبية هي مجرد فروض حول أنفسهم، والآخرين، والعالم، وأنه يمكن إخضاعها للعقل واختبارها في الواقع (انظر النقطة ١١) وإذا ثبت أن فكرة آلية معينة صحيحة وليست مشوهة (على سبيل المثال: «ليس لدي أصدقاء في الوقت الحالي») فسوف تُستكشَف طرق للتعامل مع هذا الموقف، مثل تعليم المريض السؤال عن حياة الآخرين واهتمامتهم، بدلاً من الرغبة الدائمة في أن يكون المريض هو مركز الاهتمام، مما يؤدي إلى ابتعاد الناس عنه.

لايعتمد فحص الأفكار الآليّة السلبية للمريض على محاولة المعالج أن يثبت للمريض أن تفكيره خطأ، وأن المعالج على حق، أو أن يقوم المعالج بدور المدّعي العام في قاعة المحكمة ويحاول «الإيقاع بالمريض متلبسًا» عند مناقشة أفكاره (على سبيل المثال: «أنت تقول إنك وحيد في هذا العالم، لكنك أخبرتني في وقت سابق أن الجيران يسألون عنك، وأنك تتلقى مكالمات هاتفية من أسرتك، أليس هذا صحيحًا؟»). يتضمن الفحص التعاون بين المعالج والمريض لتطوير استجابات تكيُّفية تجاه أفكار المريض الآليّة السلبية.

قد يظن بعض المعالجين، وخصوصًا المعالجين الجدد في العلاج المعرفي السلوكي (بشكل غير صحيح) أنه بمجرد سماعهم لإمكانية حدوث تشويه معرفي في عرض المرضى لمشكلاتهم، عليهم تحدّيه على الفور، بدلاً من السماح لمرضاهم بإبداء آرائهم:

إن التأثير المؤسف [لهذا الحماس المفرط] للتركيز والتدقيق في كل تفاصيل تفكير المرضى، يمكن أن يسبب توترًا في العلاقة العلاجية، وعلى النقيض من ذلك، يسجل المتخصصون المتمرسون في العلاج المعرفي السلوكي بعض التعليقات الأساسية التي يبديها مرضاهم، ويستجيبون بتعاطف، وينتظرون توقفًا طبيعيًا في أثناء المناقشة، لتلخيص أنواع المحتوى المعرفي السلبي التي يفصح عنه المرضى (Newman, 2013: 154).



وزن الأدلـــــــة

يعد وزن الأدلة المؤيدة والمضادة للفكرة الآليّة التلقائية علــى الأرجــح هــو أكثر الطرق شيوعًا لإعادة تشكيل البنية المعرفية (تغييــر الأفكــار والمعتقــدات) (Moorey, 1990: 240). على سبيل المثال يقول المريض: «لاشيء يــسير جيــدًا بالنسبة إلي» ويستدل على ذلك بقائمة من خبرات الفشل في الماضـــي والحاضــر لتدعيم هذه الفكرة، ولا يستطيع التفكير في أي دليل مناقض لذلك، وفـــي عقلـــه أن هذا يثبت صحة ما يعتقده:

المعالج: لقد قلت إنك انتقلت إلى منزل جديد مؤخرًا، كيف سار الأمر بالنــسبة إليك؟

المريض: كان كل شيء جيدًا.

المعالج: إذًا، فقد كان الانتقال جيدًا؟

المريض: نعم، أعتقد كذلك.

المعالج: ما مدة زواجك؟

المريض: أربعة عشر عامًا.

المعالج: وكيف تصف تلك الأربعة عشر عامًا؟

المريض: لقد كانت تلك السنوات سعيدة معظم الوقت، حقًا لقد وجدت شيئين إيجابيين في حياتي الماضية، وربما هناك أشياء أخرى لا يمكن أن أراها في الوقت الحالي أشياء جيدة، فهل من المفترض أن أصبح فجأة مفكرًا إيجابيًا؟

المعالج: عادة لا يعتد التفكير الإيجابي بالأدلة في حين يعتد بها التفكير الواقعي.

أريد منك أن تحاول التخلي عن فكرتك «لا شيء يسير جيدًا بالنــسبة إلـــيّ» والنظر إلى كل الأدلة التي تسوقها، وليس فقط إلى جزء منهـــا (يــساعد المعـــالج المريض على الكشف عن مزيد من الأدلة المضادة للفكرة) كيف يمكن أن تستجيب الآن لتلك الفكرة؟

المريض: حسنًا، سأفترض أنه من الأكثر دقة أن أقول: «أحيانًـــا تــسير الأمــور بصورة جيدة بالنسبة إليّ، وأحيانًا لا» ومن ثَمَّ فإنه من المهم بالنسبة إليّ

أن أظل أفكر بتلك الطريقة، وأشعر أنني سأصبح أفضل قليلاً إذا استطعت تذكر ذلك.

يمكن أن تنشأ بعض الصعوبات حول ما يمكن أن نعتبره أدلة، وعادة ما يستخدم المعالج الحقائق لتدعيم، أو تعديل، أو تثبيط أفكار المريض، بينما يدلل المريض على أفكاره وفقًا لمشاعره، أو افتراضاته، ويقترح نيومان (Newman 1989,) رؤية لما يمكن أن يعد دليلاً، وما لا يمكن أن يكون كذلك كما يلي:

١- **البيانات المؤكدة**، يتوصل المريض لحقائق ثابتة (موضوعية، ومباشرة، ولا لبس فيها) مثل: «قالت لي زوجتي أنها على علاقة بشخص ما».
٢- **البيانات الملاحظة**، أيْ ما لاحظه المريض، الذي قد يشير إلى حقيقة ثابتة، ولكن قد يكون المريض أساء تفسيره، أو استنتاجه، مثل: «رأيت زوجتي تضحك بينما كانت تتحدث وهي قريبة جدًا من رجل في الشارع، لذلك فهي على علاقة به».
٣- **البيانات التخمينية**، وتنبع من انطباعات المريض ومشاعره وحدسه: «أنا أعرف أن زوجتي على علاقة. أنت تعرف ما تعرفه، هل تفهم ما أعنيه؟».

ويشير نيومان Newman (1989) إلى أن مستوى الأدلة التي يسعى إليها المعالجون بشكل نموذجي هي البيانات المؤكدة، ومع ذلك فإن بعض المرضى يكتفون بالبيانات الملاحظة أو التخمينية، ويحتاج المعالج إلى تأكيد حدود استخدام تلك البيانات، والمشكلات المحتملة نتيجة استخدامها، مثل المريض الذي يتهم زوجته بإقامة علاقة غرامية استنادًا إلى مخاوفه (البيانات التخمينية) مما يؤدي إلى أزمة في العلاقة بينهما فيما بعد.

تستند الحاجة إلى وزن الأدلة واختبارها في العلاج المعرفي السلوكي إلى افتراض أنه إذا كان تفكيرنا أكثر تماشيًا مع الأحداث في العالم الخارجي (بمعزل عن إدراكنا لها) فسوف تكون صحتنا العقلية أفضل، لأن هناك احتمالاً أقل لانخراطنا في التفكير أو الخبرات المشوهة، ومشاعر الضيق المتعلقة بها.

يشير دوبسون ودبسون Dobson & Dobson (2009) إلى مفهوم «الافتراض الواقعي» حيث يستكشف العلاج المعرفي السلوكي الخبرات الداخلية للمرضى، وكيف يصلون إلى وجهات نظرهم حول أنفسهم والعالم، والمعاني التي يسقطونها على الأحداث، ولذلك فإن المعالج المعرفي السلوكي يتحرك باستمرار بين العالم الخارجي والداخلي للمريض، ومحاولة الكشف عن المعنى الخاص حول حدث عام (على سبيل المثال، تغيير المنزل) مما يسبب له كثيرًا من الضيق.

٥١

تقديم تفسيرات بديلة

يوضح هذا التكنيك للمرضى أن هناك أكثر من طريقة واحدة للنظر في الموقف، ويقترح بلاكبيرن وديفيدسون Blackburn & Davidson أن:

يُطالَب المريض بتقديم تفسيرات بديلة للموقف، وتحديد احتمالِ واقعيةِ كل تفسير، ويعد ذلك أحد التكنيكات الفعالة، كما أنه يجب ألا يُرفَض التفسير الأصلي السلبي غير المرجح، ولكن يُعارَض بتفسيرات أكثر ترجيحًا (Blackburn and Davidson, 1995: 76).

وفي المثال التالي، تعتقد المريضة أن ورشة العمل التي قدمتها كانت فاشلة، وذلك لأن تقييمَين من بين ٢٠ تقييمًا كانا سلبيَّين:

المعالج: حسنًا، هذا جانب واحد من الموقف، وماذا عن الثمانية عشر تقييمًا الأخرى، التي كانت إيجابية؟

المريضة: حسنًا، أنا أفترض أنها كانت ناجحة بدرجة معقولة.

المعالج: هل يمكن النظرُ إلى الموقف من طُرُقٍ أخرى؟

المريضة: لقد شعروا بالأسى تجاهي، لذلك كانت ردود فعلهم، وتقييماتهم إيجابية.

المعالج: ما مدى احتمالية شعورهم بالأسى تجاهك؟

المريضة: ليس احتمالاً كبيرًا جدًّا، فلم يكونوا يعبرون عن مشاعرهم كثيرًا، وكان من الصعب جدًّا إرضائهم بشتى الطرق.

المعالج: هل لحصولك على عائد إيجابي أي تفسيرات أخرى؟

المريضة: لقد كانت مسألة حظ، لمرة واحدة.

المعالج: من الصعب معرفة ذلك في تلك المرحلة، حيث كانت تلك هي ورشة العمل الأولى، هل تخططين للقيام بمزيد من ورش العمل؟ [أومأت المريضة بالموافقة]. هل هناك تفسيرات أخرى محتملة غير أنها كانت مسألة حظ؟

المريضة: أنني قدمت أداءً جيدًا.

المعالج: أي شيء آخر؟

المريضة: لم يكن عليهم دفع المال لحضور ورشة العمل (كان الحضور مجانيًّا) لذلك منحوني درجات أعلى في التقييم، عما كان سيحدث لو كانوا يدفعون.

المعالج: هل تعتقدين أنهم سيقبلون بمعايير منخفضة لمجرد أنهم لم يدفعوا؟ لقد قلت إنه «يبدو من الصعب جدًّا إرضاءهم بشتى الطرق».

المريضة: أنا أشك كثيرًا أنهم سوف يفعلون ذلك، لم أكن لأفعل ذلك لو كنت ضمن هذه المجموعة.

المعالج: [كتب على السبورة] حتى نلخص ما دار: كانت فكرتك الأولى عن ورشة العمل أنها كانت فاشلة، لأن استمارتين من استمارات التقييم كانتا تتضمن انتقادًا، ومع ذلك كانت ثماني عشرة استمارة تقييم جيدة، وبناء على هذه الحقيقة كانت هناك تفسيرات أخرى: كانت ورشة العمل ناجحة إلى حدٍّ ما، وشعر بعض الناس بالأسف من أجلك، وكانت المسألة مسألة حظ، وأنك قدمتِ أداءً جيدًا، ولم يضطر الناس إلى الدفع، فما التفسير الأكثر ترجيحًا في ضوء مناقشتنا؟

اختارت المريضة «أنني قدمت أداءً جيدًا، وأعتقد أن هذا هو السبب المنطقي لنجاح ورشة العمل» ومع ذلك فهي مازالت تتساءل عما إذا كانت هناك بعض «عناصر الحظ» التي ساهمت في نجاح ورشة العمل، ومن ثَمَّ اقترح المعالج عليها أن تقوم بعمل بعض ورش العمل الأخرى على مدار الأشهر القليلة القادمة، من أجل جمع بيانات عن أدائها لحل تلك القضية: هل أنا أمتلك مهارة حقيقية، أم أن نجاح ورشة العمل الأولى كان محض حظ؟



تحديد التشوُّهات المعرفية

لقد أدرجنا في النقطة رقم ٢ بعض التشوهات أو التحيـزات المعرفيـة مثـل قراءة أفكار الآخرين، والتسمية، والقفز إلى الاستنتاجات، التي تحدث نتيجة معالجة المعلومات بطريقة خطأ، وذلك عندما يكون المرء في حالة انفعالية سيئة (للاطلاع على القائمة الكاملة للتشوهات المعرفية انظر: (Leahy et al., 2011: 172). يشير ويستربوك وآخرون .Westbrook et al إلى أن هذه التشوهات تعكس «التغيـرات الطبيعية في أساليب معالجة المعلومات لدينا، وتصبح هناك مشكلة فقط عندما تكون تلك الأساليب متحيزة، أو مزمنة، أو متطرفة جدًّا» ويمكن تقديم قائمة بالتـشوهات المعرفية إلى المريض، ثم يسأله المعالج عما إذا كان قادرًا على تحديد أي نوع من التشوهات المعرفية مما يجده عادة في تفكيره.

على سبيل المثال: قال أحد المرضى الذين يعانون القلق الاجتماعي: «أعرف أنه عندما أدخل إلى الغرفة يفكر الناس فيَّ هكذا: «إنه ممل، لذا سأبقى بعيدًا عنهم» أو إذا بدؤوا بالتحدث معي، فإنهم سوف يبتعدون سريعًا لأنهم يظنون «أنه ممـل». لقد حدد المريض بسرعة أن قراءة أفكار الآخرين هو أحد التـشوهات المعرفيـة الأساسية، ولكنه أضاف بعد ذلك «أنا أعتقد أنني أستطيع قـراءة الأفكـار، إنهـا حقيقة» وقد أجرى المعالج تجربة فورية لاختبار قدرة المريض على قراءة الأفكار، عن طريق كتابة عبارة «ميكي ماوس» على قطعة من الورق وأخفاها، ولم يتمكن المريض من معرفة ما كتبه المعالج.

يمكن النظر إلى قراءة أفكار الآخرين على أنها شكل من أشـكال الإسـقاط: «عادة ما تكون الأفكار التي يعتقد المرضى أنها الأفكار التي يظنها الآخرون عنهم، هي الأفكار ذاتها التي يعتقدها المرضى عن أنفسهم» (Persons, 1989: 113). في المثال أعلاه، إذا كان المريض يعتقد أنه ممل، فمن المرجح أن يستنتج أن الآخرين يفكرون بطريقة مشابهة له، والنقطة المهمة هي أن يقرأ المريض أفكاره بطريقـة غير مشوهة، وأن يتوقف عن محاولة قـراءة أفكـار الآخـرين (Neenan and Dryden, 2002). أقنعت هذه المناقشة (والتجربة) المريض أنه ليس قارئًا للأفكار:

«في واقع الأمر، أنا لا أعلم ما يظنه الناس عني، يمكنني أن أسألهم، أو يمكنني الذهاب إليهم، والتحدث معهم للحصول على بعض الأفكار، وحتى إذا وجد بعض الناس أنني ممل، فليس هذا دليلاً على ذلك، فأنا لا أستطيع أن أكون ممتعًا بالنسبة إلى كل الناس».

كان أحد التشوهات المعرفية الأساسية الأخرى لدى المريض هو التفكير بمبدأ الكل أو لا شيء: «إن الناس إما مملون مثلي وإما مثيرون للاهتمام وممتعون في الحديث معهم مثل معظم الناس» وكما يشير مكاي وآخرون McKay et al. «بما أن تفسيراتك متطرفة، فإن ردود فعلك الانفعالية متطرفة» (29 :2011). وجد المريض أن من الصعب رؤية الوسط بين هذين الوضعين المتطرفين:

يمكن النظر إلى الأشخاص على أنهم مملون ومثيرون للاهتمام في آنٍ واحد، وعلى سبيل المثال، «إنها مثيرة للاهتمام حقًّا عندما تتحدث عن عملها كطبيبة، ولكن حينما تبدأ في التحدث عن الأُبِرا، وشغفها الكبير بها، أشعر برغبة عارمة في النوم» بمجرد أن تعلم المريض أن يوجه مزيدًا من اهتمامه نحو البيئة الخارجية، وبعيدًا عن تركيزه الزائد على أوجه القصور المفترضة التي يعانيها، وجد بمرور الوقت أنه يمكن أن يكون مثيرًا للاهتمام إلى حدٍّ ما، بالنسبة إلى بعض الأشخاص، ولبعض الوقت، وليس كل من التقى بهم قد أدهشهم بمحادثاته المذهلة.



النظر إلى المزايا والعيوب

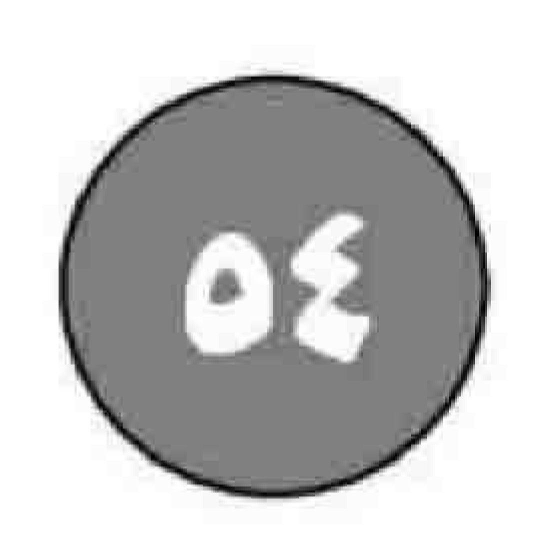
يساعد هذا التكنيك المرضى على استكشاف مزايا وعيوب الالتزام بفكر معين (على سبيل المثال: «وجودي بمفردي، يبقيني آمنًا» أو الانخراط في سلوك معين (على سبيل المثال: التسويف) ومن خلال مناقشة كل ميزة وعيب، يمكن أن يتعلم المريض، إعادة النظر في أفكاره المدمرة، وتغيير سلوكياته غير المنتجة، ويشير ويلز Wells إلى أنه «يجب بذل مزيد من الجهد للكشف عن العيوب أكثر من الكشف عن المزايا، عندما تكون مساوئ الحفاظ على سلوك أو توجه معين أكثر من المزايا، ويجب أن يكون لدى المريض دافع أقوى نحو التغيير» (72 :1997). كُتبَت مزايا وعيوب الفكرة السابقة على سبورة المعالج:

«وجودي بمفردي يبقيني آمنًا»

المزايا	العيوب
١- لن أُرفَض بعد الآن، ولن أشعر بالرعب. ٢- لن يكون هناك مخادعون من حولي. ٣- أستطيع التحكم في حياتي. ٤- لن أقلق من أن أكون غيورًا، وأن تسبب لي مشاعري المتاعب.	١- لن يكون لدي أي علاقات لكي أشعر بالرعب بشأنها. ٢- سأفتقد الفرص التي يمكن من خلالها تعلم أن أكون مؤكدًا لذاتي في علاقاتي. ٣- سوف تصبح حياتي فارغة، ومن ثَمَّ لن يكون هناك ما أحتاج إلى التحكم فيه. ٤- كل ما سوف يقلقني أن تكون مشاعري صحراء مثيرة للمتاعب. ٥- سأقضي حياتي في عزلة قاتمة. ٦- الحياة دون علاقات ليست حياة جيدة، وأنا لا أريد ذلك.

في نهاية هذا التدريب أصبحت الفكرة لا تلقى أي قبول لدى المريضة، ولكن المريضة أرادت أن تتعلم كيف تصبح أكثر مرونة في التعامل مع تقلبات العلاقات («يمكنني أن أكون آمنة أيضًا في علاقة إذا تعلمت أن أتعامل مع الأمور على نحو سلِس، وعدم رؤية نهاية العلاقة على أنها كارثة كبرى»). على سبيل المثال: شعرت المريضة بالجزع الشديد عندما رُفضَت، لأنها تعرضت لرفض مزدوج، من صديقها، ومن نفسها («لا يمكنني أن أكون أفضل إذا هجرني»). كان جزءًا من تنمية التماسك الداخلي للمريضة أن تتعامل مع الرفض الأول، دون خلق الثاني، أي الرفض الذاتي («لقد رفضني، ولكنني لن أرفض نفسي بسبب رفضه لي») ونفهم من ذلك أن «الرفض» مصطلح مشحون بالمعاني (بمعنى أنه محمل بمعانٍ كامنة تقف خلف انخفاض تقييم الذات مثل انعدام القيمة») وأن تدرك أن العلاقات غالبًا ما تتبع المسار الطبيعي (بمعنى أن وظيفة العلاقات سواء كونها تحقق السعادة أو ينتج عنها شيءٌ ذو قيمة سوف تتوقف في نهاية المطاف) ومن ثَمَّ فقد حان الوقت لكي تتجاوز فشل تلك العلاقة التي كانت ستنتهي حتمًا بالرفض، واليأس، والوحدة.

إذا وجد بعض المرضى أن تكنيك النظر إلى المزايا/ العيوب غير مجد، يقترح هانا (2002) Hanna استخدام طريقة النيَّات والنيَّات المضادة (لا ينظر إليها بشكل سلبي) لأنها تعكس قيمًا وأهدافًا متضاربة في حياة الشخص، على سبيل المثال، انسحب المريض من عملية شراء منزل مع شريكته في آخر لحظة، بسبب شكوكه حول استمرارية علاقتهما، ويقول لقد كانت نيته أن يكون سعيدًا في «علاقة تفي بجميع المتطلبات» وكانت النيّات المضادة لهذا الهدف هي البقاء أعزب، وشغل وقت الفراغ حتى أجد المرأة المثالية في نهاية المطاف، وقد نوقشَت النيَّات والنيَّات المضادة بالتفصيل ثم أُعيد تَقييمُهما، وظهر أن شغل وقت الفراغ حتى العثور على المرأة المثالية، كان مجرد خيال ذكوري مثالي، واعترف المريض بأن الواقع سوف يكون «قضاء أمسياتي وحيدًا في مشاهدة برامج التليفزيون التافهة» وقد اختار النية ولكنه أدرك أن الإصرار على «علاقة تفي بجميع المتطلبات» تعني استئصال أي شك من ذهنه، فالشكوك بالنسبة إليه كانت تعني أن العلاقة سوف تفشل بكل تأكيد، وهو يؤمن الآن بأن أي قرار مصيري في الحياة عادة ما يكون مصحوبًا بالشكوك، وليس الثقة التامة واليقين، وقد وُفِّق بينه وبين شريكته، واشتريا منزلاً معًا.



تعريف المصطلحات

تركز هذه العملية على لفت انتباه المرضى إلى عدم دقة لغتهم في وصف أنفسهم أو مشكلاتهم، وعلى سبيل المثال، قال أحد المرضى، الذي رفض أحد الناشرين مخطوطة له: «رفضُهم مخطوطتي يجعلني فاشلاً».

المعالج: عندما تقول أنك فاشل لأن الناشر رفض طباعة مخطوطتك، فهل تقصد أنك فاشل كمؤلف، أم كرجل، أم كشخص؟

المريض: فاشل كمؤلف.

المعالج: كيف يجعلك الرفض من قبل ناشر معين، فاشلاً كمؤلف؟

المريض: حسنًا، يبدو الأمر كذلك.

المعالج: حسنًا، كما ناقشنا سابقًا، فإن المشاعر ليست حقائق، أو شكلاً أعلى من الحقيقة، فإذا كنت فاشلاً حقًا كمؤلف، فمن الأفضل ألا تضيع مزيدًا من الوقت في قضية ميؤوس منها، والآن، متى ستكون جميع الأدلة مؤيدة لفشلك كمؤلف؟

المريض: بعد عدة سنوات من الآن، لا يمكن أن أجزم بذلك بناء على رفض واحد.

المعالج: إذًا ما الوصف الدقيق لوضعك الحالي؟

المريض: أخفقت في إقناع ناشر واحد بمخطوطتي، ولكن هذا لا يعني أنني فاشل كمؤلف.

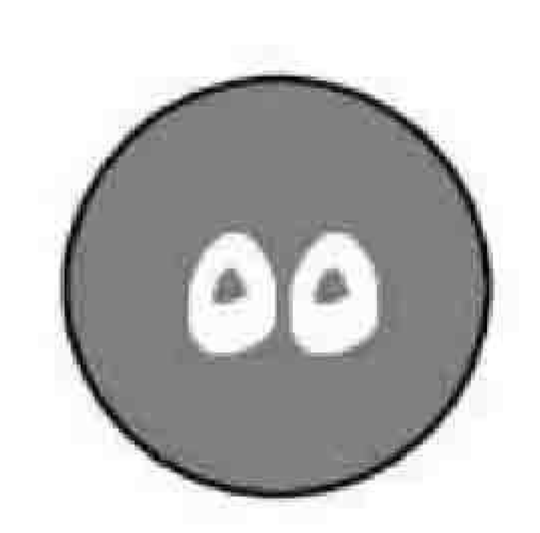
المعالج: ماذا يعني ذلك إذًا؟

المريض: أنا مؤلف أعاني من صعوبات، وأحتاج إلى الاستمرار في الكفاح إذ كنت آمل أن أضع بصمة في عالم الأدب، وسوف يكون هناك بعض العقبات في سبيل تحقيق ذلك.

قد يشتكي بعض المرضى من أن تعريف المصطلحات، هي مجرد ألعاب دلالية (على سبيل المثال «التلاعب بالكلمات ثم سأشعر بالتحسن، أليس كذلك؟»)

ولكن، في حقيقة الأمر، فإن هدفها يكون جادًا جـدًّا، إن اسـتخدام كلمـات مثـل «الفشل» أو «عديم الفائدة» أو «عديم القيمة» أو «غير جيد» لتعريف المرء لنفسه ليست مجرد تعميمات خطيرة، قد تؤدي إلى أن يصبح الشخص مكتئبًا، وقد يفكـر في الانتحار عبر تلك الصفات، ولكنها أيضًا غير ملائمة، وغير دقيقة في تجـسيد تعقد وتفرد الذات، وتساعد الدقة الدلالية المرضى في أن يكونوا واضحين ودقيقـين بشأن الأحداث (على سبيل المثال: «سأحاول للمرة الثالثة») بدلاً من التركيز علـى ما يعتقدونه بشأن أنفسهم (على سبيل المثال: «أنا عديم الفائدة تمامًا، وقـد أستـسلم الآن أيضًا») مما سيمنعهم من التعلم من أخطائهم، ويعوق تطورهم الـذاتي، مثـل عدم المثابرة في مواجهة العقبات، ويحتاج المعالج إلى إبقـاء المرضـى متـأهبين باستمرار، من خلال مطالبته لهم بتعريف معنى مصطلحاتهم، بـدلاً مـن تـركهم يفترضون أن معني المصطلحات مفهوم ومتفق عليه بالنسبة إلى الطرفين.

ومع ذلك فمن المهم ألا يصبح المعالجون «مهووسين بالمعـاني والـدلالات» بمعنى أن يطلبوا من مرضاهم توضيح ما يقصدونه بالمـصطلح المـستخدم، ثـم يطلبون منهم توضيح معنى المصطلحات الجديدة التي يستخدمها المرضى لتعريف المصطلحات القديمة، وهكذا حتى يتطور الأمر إلى ارتدادٍ لانهائيٍّ في المعنى حول المعنى، وسوف تستنفد تلك العملية كلاً من المعالج والمريض، دون التوصل إلـى أي استنتاجات مفيدة حول أي من المصطلحات له معنى فـي مناقـشة مـشكلات المريض (على سبيل المثال: تقييم السلوك أو الفعل المحدد فقط) وأيهـا لـيس لـه معنى (على سبيل المثال: تقييم نفسك، انظر النقطة ٩٣). إن تعريف المـصطلحات ليس غاية في حد ذاته: فهو وسيلة لتوضيح المعنى الدلالي، بحيث يمكـن إجـراء مناقشات أكثر وضوحًا حول هذه المصطلحات.



إعـــادة العـــزو

تساعد عملية إعادة العزو المرضى في التراجع خطوة إلى الخلف، والنظر إلى العوامل المتعددة التي تسهم في تحقيق النواتج السلبية، وهكذا يمكن مساعدة المريضة التي تلوم نفسها على التسبب في نتيجة سيئة، على رؤية أنها غير مسؤلة عن كل العوامل التي أدت إلى تلك النتيجة، ويتضح لوم الذات على النتائج السلبية في الحالات التي تعاني الشعورَ بالذنب والاكتئاب (Dattilio and Freeman, 1992) وعلى سبيل المثال: قالت إحدى المريضات أنها تشعر بالذنب، لأن ابنها البالغ من العمر ثلاثين عامًا لم يتمكن من استغلال إمكانياته، فقد انجرف في الحياة، وشرب الخمور بكثافة، وتلوم نفسها على مشكلات ابنها («لقد خذلته كثيرًا، إنه خطَئي الذي تسبب في أن يصبح كذلك») وتعكس هذه العبارة اعتقاد المريضة في قدرتها المطلقة، وبمعنى آخر أن لديها القدرة على التحكم في مصير ابنها.

من خلال سرد أكبر عدد من العوامل التي ساهمت في مشكلات ابنها (على سبيل المثال: عدم الاحتفاظ بوظيفة لمدة طويلة، أو عدم قدرته على سداد ديونه، أو التأخر في دفع نفقة زوجته السابقة، أو الإفراط في تناول الكحوليات، ومشكلاته مع الجيران، وعدم اهتمامه بمظهره). أدركت المريضة في نهاية المطاف أن قدرتها على التأثير، ناهيك بأن سيطرتها على حياة ابنها محدودة جدًّا (لا يعيرني أي اهتمام، إنه يتهمني فقط بإزعاجه طوال الوقت الذي يكون فيها غاضبًا، وفي نهاية المطاف إنها حياته وهو مسؤول عنها، وآمل أن تتحسن أموره»).

ليس المقصود من إعادة العزو السماح للمرضى بالخروج من المأزق، ولكن مساعدتهم على إعادة تقييم مستوى مسؤوليتهم بدقة عن الوصول لنتيجة معينة، وقد قالت المريضة في المثال السابق «ربما لم أساعده بإلحاحي، لذلك أخبرته أنني سأكون بجواره إذا طلب مساعدتي، ولن ألح عليه مطلقًا». يمكن إعطاء تقدير بالنسبة المئوية لإسهام كل عامل في الوصول لنتائج معينة، ويجب ألا تتجاوز الدرجة الكلية لإسهام العوامل كافة ١٠٠ %، ويمكن إعادة تقدير المساهمة الأولية للمريض في النتائج التي كانت (٩٠ %) بحيث تصبح (٢٠ %) بعد تجاهل العوامل الأخرى التي ساهمت في مشكلات ابنها في التقدير الأولي لمساهمتها.



كف التفكير الكوارثي

يقصد بكف التفكير الكوارثي مواجهة «الرعب» (الاضطراب الانفعالي) الناتج عن حدث مخيف، وذلك من خلال تشجيع المرضى على رؤية أنفسهم يتعاملون مع توقعاتهم الكارثية بطريقة تكيُّفية، وغالبًا ما يُولِّدُ التفكير الكوارثي من خلال عبارات «ماذا لو...؟» مثل «ماذا لو أصبت بنوبة هلع في السوبر ماركت؟» أو «ماذا لو رسبت في الامتحان؟» (انظر النقطة ٣٩)، ويذكر بارلو وسيرني Barlow & Cerny أن «الاستراتيجية العامة للكف عن التفكير الكوارثي هي تشجيع المريض على تحديد النتائج المترتبة على الحدث المخيف» (1988:132). يمكن مساعدة المريض في توليد بدائل لحل المشكلات بالنسبة إلى كل نتيجة كارثية: «ماذا لو أصبت بنوبة هلع في السوبر ماركت؟» سوف تكون بدائل النتيجة هي «سأجعل من نفسي أضحوكة، وسوف يضحك الناس علي ويظنون أنني مثير للشفقة». «يمكنني أن أكون مواجهًا بدلاً من أن أبدو أضحوكة، وأدهش نفسي، ليس لدي سيطرة على ما يظنه الناس بي، ولكن ليس عليَّ أن أفكر أنني مثير للشفقة، أو أن أجعل من نفسي أضحوكة، إن نوبة الهلع ليست جريمة». «لن أتمكن أبدًا من الدخول إلى هذا السوبر ماركت مرة أخرى، لأن الناس سوف يتذكرونني، وسوف يشيرون إليَّ». «الشخص الوحيد الذي سوف يتذكر هذا الحدث هو أنا، سوف افترض أن نوبة الهلع سوف تحترق في ذاكرة الناس، ليس لذلك معنى، سوف يشير الناس إليَّ فقط إذا سرت عاريًا داخل السوبر ماركت».

لاحظ بيك وآخرون Beck et al أنه «عند التنبؤ بالعواقب الوخيمة، لا يستخدم مريض القلق كل المعلومات المتاحة له، ونادرًا ما يأخذ في الاعتبار تنبؤاته الوخيمة السابقة التي لم تتحقق»(208 :1985)، وتتضمن هذه المعلومات عوامل الإنقاذ في الموقف مثل الموظفين الذين يعملون في السوبر ماركت، وربما يأتي بعض الزبائن لمساعدة المريض إذا أصيب بنوبة هلع في السوبر ماركت، وإن أي إحراج أو خزي سوف تواجهه في هذا الموقف سوف يكون محدودًا زمنيًا، ولا توجد معاناة أبديّة، وأن المستويات المرتفعة من القلق يمكن تحملها أكثر من كونها غير متحملة، وقد نجحت في التغلب على نوبات الهلع في مواقف أخرى».

يقترح بارلو وكراسكي Barlow & Craske (1989) أنه يمكن تلخيص تكنيك كفّ التفكير الكارثيّ في عبارة «وماذا في ذلك؟» بمعنى آخر يمكن للمريض أن يتعلم قبول وتحمل مخاوفه، ومع ذلك يقرر هذان المؤلفان أن استراتيجية «وماذا في ذلك؟» ستكون غير مناسبة مع مخاوف المريض من الموت، أو من فقدان عزيز عليه، وأن التركيز على المبالغة في تقدير التهديد هي الاستراتيجية المناسبة في تلك الحالات، وعلى سبيل المثال، المريض الذي يخشى الموت في حادث تحطم طائرة، يمعن النظر في حادث تحطم طائرة أُبلِغ عنه مؤخرًا مما يزيد من احتمالية حدوث ذلك في رحلته غدًا، ولكنه لا يرغب في الالتفات إلى «المعدل الأساسي- أي أن السفر الجوي أكثر أمانًا إلى حد كبير من أي وسيلة سفر أخرى، لقطع المسافة نفسها» (Leahy, 2003: 161) وذلك على الرغم من أن خطر تحطم الطائرة لا يمكن خفضه إلى صفر.

يشير إديلمان Edelman (2006) إلى شيئين مهمين يجب مراعاتهما عند إجراء تقييم متوازن لمخاوفنا:

١- إن أكثر من (٩٠ %) من الأشياء التي نخشاها لا تحدث أبدًا (الاحتفاظ بسجل للتنبؤات الكارثية ومقارنتها بما حدث فعليًا سوف يؤكد ذلك).
٢- إن العواقب المترتبة على مخاوفك الحقيقية نادرًا ما تكون كارثية، وكذلك يمكن التحكم فيها، ومع ذلك إذا حدثت كارثة محتملة مثل أن تفقد ملكية منزلك وتصبح مشردًا بلا مأوى، فإن الكفاح من أجل التكيُّف مع هذه الحقيقة المرة، قد يكشف في النهاية أنك أقوى مما اعتقدته في مثل هذه الظروف (Neenan, 2009).

يقترح نيومان Newman تحديًا إبداعيًّا تجاه التفكير السلبي «ماذا لو...؟» وذلك من خلال مطالبة المرضى بمنح القدر نفسه من الاهتمام للتفكير الإيجابي «ماذا لو...؟» الإيجابية.

نادرًا ما يمنح المرضى وقتًا متساويًا للسؤال الإيجابي المعاكس «ماذا لو نجحت؟» وهنا يكمن التحيز المعرفي الأساسي، لأن التقييم الموضوعي للنتائج المستقبلية يتطلب دراسة متأنية لكل من الاحتمالات الإيجابية والسلبية (2000: 140; emphasis in original).



استكشاف المعايير المزدوجة

يطبق بعض المرضى معايير أكثر صرامة على أنفسهم من الآخرين، وعلى سبيل المثال، أدانت الأم نفسها عندما سقط ابنها أثناء اللعب، وتعرض للإصابة (لا يمكن أن أكون أمًّا جيدة ما دمت تركت ذلك يحدث) بينما بالنسبة إلى صديقة لها عانى طفلها سوء حظ مماثل، نجدها تعبر بكلمات التعاطف والتفهم مع صديقتها بدلاً من الإدانة («ليس بيدك شيء تفعلينه، فكل الأطفال يصابون أثناء اللعب، فلا يمكن إبقاؤهم محبوسين في المنزل طوال اليوم، هل يمكنك ذلك؟ لا تلومين نفسك على ما حدث»). ومن خلال إثارة تفكير المريضة في هذا الاختلاف المنهجي تجاه نفسها مقارنة بتوجهها نحو صديقتها، يمكن للمعالج أن يفهم أساس المعايير المزدوجة التي تتبناها المريضة («يجب أن أكون الأم المثالية لابني، لكي أعوضه عن عدم قدرتي على الحفاظ على حياة أسرية مستقرة كوني مطلقة، أشعر أنني سوف أكون هناك دائمًا من أجله، لحمايته من الأذى، وإبقائه في أمان»). يمكن أيضًا أن يطلب من المريضة تخيل تأثير الإدانة على صديقتها إذا قامت بإدانتها: «إنها سوف تشعر أنها أسوأ بكثير».

يمكن للمعالج أن يشجع المريضة على التحدث لنفسها بنفس الطريقة المتعاطفة التي تحدثت بها مع صديقتها للرد على الأفكار الآلية السلبية: «إن الأمر يتطلب شخصين، وليس شخصًا واحدًا، للحفاظ على زواج مستقر، ولا يوجد شيء اسمه أم مثالية، فقط أم تحاول أن تفعل أفضل ما لديها لأطفالها. من غير الواقعي الاعتقاد بأن بإمكاني دائمًا إبقاء ابني بمأمن من الأذى، إذًا، كأمٍّ فأنا جيدة بما فيه الكفاية». من خلال مثل هذه المناقشة الذاتية، يمكن التخلص من المعايير المزدوجة، واستبدالها بمعيار واحد مفيد، ومتعاطف، وواقعي (Burns, 1989). هناك طريقة جيدة بشكل خاص لاستكشاف المعايير المزدوجة، وهي سؤال المرضى عما إذا كانوا سيعلمون ما يفكرون به لأطفالهم، مثل «أنت بلا قيمة بدون زوج». الجواب دائمًا هو «لا» حيث يمكنهم رؤية التأثيرات الضارة التي قد تترتب على هذا المعتقد، لذلك، إذا لم يعلموه لأطفالهم، فهل يريدون الاستمرار في تعليمه لأنفسهم؟

وإذا أجاب أحد المرضى بالإجابة «نعم» فاستكشف أسباب تعليم هذا المعتقَد لأبنائه، والعواقب المحتملة التي سوف تحدث لأطفاله إذا تبنوه، مثل أن ينتهي بهم المطاف في جلسات العلاج النفسي مثل الوالد.



تعديل الصور المخيفة

تأتي الأفكار الآلية السلبية في صورة بصرية بالمثل كما تـأتي فـي صـورة لفظية، ويجد بعض المرضى أن من الأسهل بالنسبة إليهم التعامل مع الصور بـدلاً من الأفكار، لتحقيق التعديل المعرفي للأفكار الآلية السلبية الخاصة بهـم، وعنـدما يتخيل المرضى الأحداث السلبية، فإنهم غالبًا ما يتوقفون عند اللحظة التي يدركون فيها أسوأ مخاوفهم، كما لو أن «الفيلم» قد انتهى، ولا يرون ما يحدث بعـد ذلـك، وعلى سبيل المثال، كان لدى المريض صور حية يرى نفسه مـن خلالهـا وهـو «يتصبب عرقًا، ويثرثر، وعصبي، ومتسمر في مكانه» عندما ضحك الناس عليـه لسكبه الماء على نفسه أثناء المحاضرة، ويشير ويلز Wells إلى أهميـة «إنهـاء» الصور، ونقلها إلى ما هو أبعد من أسوأ نقطة، وهذا الإجراء يقلل من شدة الكـرب المصاحب للصور، ويخرج المريض من حالة معالجة الخطر (76 :1997). ويطلب من المريض إعادة تشغيل «الفيلم»:

المعالج: ما الذي يحدث الآن؟

المريض: مازالوا يضحكون منّي، وأنا محمرٌ خجلاً، ومعقود اللسان، ومازلت متسمّرًا في مكاني، ولا أستطيع التحرك.

المعالج: وماذا بعد مرور دقيقة واحدة؟

المريض: بدأت في التحرك قليلاً، والإيماء برأسي، محاولاً الابتسام كما لو كانت نكتة.

المعالج: هل مازالوا يضحكون بنفس القدر؟

المريض: لا، بدأ الضحك في الانخفاض مع شعوري بالخجل، لقد أخذت أنفاسًا عميقة لكي أحاول السيطرة على نفسي، إنني أبتسم أكثر الآن، وأشـير إلى نفسي قائلاً: «أصابع مهتزة».

المعالج: وماذا حدث بعد مرور خمس دقائق؟

المريض: واصلت تقديم المحاضرة، ولكنني ما زلت أشعر برعشة بسيطة، وثقل

اللسان، وأتساءل عما يفكرون به، ولكنني أبذل قصارى جهدي للتركيز على ما أقدمه في المحاضرة.

المعالج: وبعد ثلاثين دقيقة؟

المريض: أصبحت أكثر تحكمًا، وأشعر أنني أفضل، وأثبت ذلك لنفسي من خلال شرب الماء أثناء المحاضرة دون إراقته، وكانت هناك بعض الضحكات المكتومة عندما أمسكت بالكأس لكي أشرب دون أن أسكبه، ومددت يدي للأمام وقلت للحاضرين في إشارة إلى يدي «أفضل بكثير الآن» ثم حان وقت تناول الغداء وأشعر بالارتياح.

إن رحلة المريض التخيلية عبر اللحظة الأسوأ، وما بعدها، تظهر أنه لن يظل عالقًا في تلك اللحظة «المريعة»إلى الأبد.

مارس المريض هذا التمرين بشكل منتظم، وأعلن في وقت لاحق: «أعتقد أن ذلك لن يكون مشكلة كبيرة إذا حدث لي بعد الآن، لكي أكون صريحًا، أشعر بالملل من ذلك، إذًا، ماذا لو قمت بسكب الماء على نفسي؟» إن التوجه العام لتعديل الصور في العلاج المعرفي السلوكي، هو مساعدة المرضى على تغيير التوجه السلبي لصورهم، إلى توجه إيجابي، وأكثر تكيُّفًا (Dattilio and Freeman, 1992).

٥٩

التجارب السلوكية

تخدم التجارب السلوكية في العلاج المعرفي السلوكي تحقيق غرض معرفي وهو: اختبار صحة أفكار ومعتقدات المرضى، من خلال مهام عملية، وذلك في المرحلة التالية بعد المناقشة اللفظية لأفكار المريض، وتساعد الأدلة المستمدة من هذه التجارب المرضى على تكوين رؤية جديدة لحل المشكلات، وعلى سبيل المثال، المريضة التي كانت تشعر بالخجل الشديد لكونها ثقيلة الوزن، وغير سعيدة لعدم «السماح لنفسها بالذهاب إلى حمام السباحة» وكان تنبؤها أنها إذا ذهبت إلى حمام السباحة «سوف يحدق الناس بي ويسخرون مني، ولن أكون قادرة على البقاء هناك» (قالت المريضة: إنها تريد البقاء في حمام السباحة لمدة ثلاثين دقيقة على الأقل) وتوقعت المريضة أن يكون مستوى القلق لديها في تلك الأثناء ٨٥ % عند إجراء هذه التجربة، غير أنها أرادت أن تستكشف إذا ما كانت مخاوفها ستتحقق أم لا، وقد تمت مناقشة المعلومات التي تم جمعها من هذه التجربة في الجلسة التالية:

المعالج: ما الذي حدث تحديدًا في حمام السباحة؟

المريضة: كان هناك أشخاص من جميع الأشكال، والأحجام، وكان ذلك مريحًا.

المعالج: حسناً، ولكن ماذا عن تنبؤك المحدد؟ «سيحدق الناس في وجهي، وسوف يسخرون مني، ولن أستطيع البقاء هناك» هل أثبت صحة أو خطأ ذلك؟

المريضة: خطأ، بوضوح شديد، لقد نظر الناس إليَّ، وكذلك كنت أنظر حولي، ولكن يمكنني أن أخبرك أنه لم يكن أحد يحدّق بي أو يسخر مني، وكان هناك كثيرٌ من الصراخ والضحك، والناس يستمتعون من حولي.

المعالج: كم من الوقت قضيته في حمام السباحة؟

المريضة: نحو ساعة.

المعالج: وماذا عن مستوى قلقك خلال تلك الساعة؟

المريضة: بعد حوالي ١٠ إلى ١٥ دقيقة انخفض مستوى القلق إلى حوالي ٤٠%،

أصبحت أقل تركيزًا على نفسي، وركزت أكثر في السباحة بدلاً من النظر إلى الآخرين لمعرفة ما إذا كانوا يحدقون بي.

المعالج: إذًا، كيف تردين على تنبؤك؟

المريضة: من الواضح أن الناس كانوا ينظرون إليَّ، ولكن كنتُ واعيةً بقدرٍ ما أن لا أحد يسخر مني، واستطعت البقاء هناك، ومع ذلك لا بد لي من الذهاب مرة واحدة أسبوعيًا إذا شعرت أنني أخجل من نفسي في زي السباحة، وأرى أن الرحلة ممتعة أكثر من كونها شاقة.

لا ينبغي أن يفترض المعالج أن التجربة السلوكية قد أثبتت نجاحها لمجرد أنها نجحت في توليد استجابة معرفية تكيُّفية، عند تقييم البيانات المستمدة من التجربة، فربما يكون المريض قد خلص إلى ما يلي: «لو كان حمام السباحة أقل ازدحامًا، كان سيسهل ملاحظتي أكثر، وكان الناس سيحدقون بي، ويسخرون مني» وفي هذه الحالة، يمكن ترتيب رحلات إلى حمام السباحة في أوقات أقل ازدحامًا لاختبار تلك التنبؤات، وكذلك سوف يتم تطوير استجابات المواجهة ليس فقط للتعامل مع أي سخرية محتملة، ولكن أيضًا للبقاء في حمام السباحة ومغادرته عندما تقرر المريضة ذلك، وليس لأنها وجدت أن السخرية التي تتعرض لها لا تطاق.

من المهم عدم تقييم التجربة من حيث النجاح والفشل، ولكن أن نقنع المرضى أن نتيجة تجربة ما ذات أهمية مهما حدث (Bennett-Levy et al., 2004) وعلى سبيل المثال، تكشف المعلومات المستمدة من التجربة، عن جوانب جديدة من المشكلة، تساعد بعد ذلك في صقل صياغة الحالة أو استغلال المريضة لتلك النتيجة «سارت الأمور على ما يرام» لتسريع تقدمها في خطة العلاج، ويمكن أن تعتمد التجارب أيضًا على الملاحظة (على سبيل المثال: ملاحظة الآخرين في المواقف التي يخشاها المريض) أو القيام بإجراء مسح، حيث يقوم المريض بجمع مجموعة من الآراء حول مشكلة يواجهها حاليًا (على سبيل المثال: «هل الذهاب إلى المطاعم وحيدًا يعني أن شخصًا ما بائسًا [بلا أصدقاء وغير كفء]؟»).

يشير بتلر وآخرون (Butler et al. (2008: 109 إلى أن التجارب السلوكية تحوي الشخص بكل كيانه في عملية التعلم، لذلك لا ينبغي أن ينظر المعالجون إلى «التغيير المعرفي فقط، ولكنهم يتغيرون على كل المستويات، المعرفي، والانفعالي، والجسدي، والسلوكي» ومن خلال خبراتنا، يتجه بعض المرضى مباشرة إلى إجراء التجارب السلوكية (بمعنى آخر: أي من الجلسة الأولى فصاعدًا) بمجرد فهم الأساس المنطقي لها، ويتطلعون إلى التقدم السريع المتوقع تحقيقه نتيجة لذلك.



التساؤل السقراطي (طريقة الاستكشاف الموجه)

بالإضافة إلى استكشاف الأفكار الآلية السلبية (انظر النقطة ٣٣) يتم أيضًا استخدام الأسئلة السقراطية لمساعدة المرضى في الكشف عن تفكيرهم غير التكيُّفي، من أجل تقديم تفسيرات بديلة للمواقف المشكلة، تتسق مع الحقيقة بصورة أفضل، وكما لاحظ بيك وآخرون .Beck et al:

يؤدي التساؤل إلى جعل المرضى يقومون بتوليد وإبداع خيارات وحلول لم يأخذوها بعين الاعتبار من قبل، ويضع هذا النهج المرضى في «وضع الاستفهام» (في مقابل «الاندفاع التلقائي») بحيث يبدؤون في تقييم اتجاهاتهم ومعتقداتهم بطريقة أكثر موضوعية (1993: 29).

يتمكن المرضى أيضًا من خلال مثل هذه الأسئلة من الرد على أفكارهم الآلية السلبية، بدلاً من قبول أي تفسيرات قد يتم تقديمها من قبل المعالج، ويشير بادسكي Padesky (1993b) إلى أن التساؤل السقراطي يتكون من أربع مراحل:

١- طرح أسئلة استفهامية.
٢- الاستماع بانتباه وإعادة إجابة المريض.
٣- تلخيص المعلومات المكتسبة حديثًا.
٤- طرح أسئلة تحليلية أو مركبة لتطبيق المعلومات الجديدة على المشكلة أو التفكير الأصلي للمريض، وتظهر هذه المراحل الأربع في الحوار التالي:

المريض: أشعر بالقلق بشأن مقابلة بعض الأشخاص الجدد في عطلة نهاية هذا الأسبوع.

المعالج: هل تعرف ما الذي يقلقك؟

المريض: كيف سيفكرون بي.

المعالج: وما ظنُّك بتفكيرهم فيك؟

المريض: سوف يعتقدون أنني شخص ممل إلى حدٍّ ما، وسوف يختصرون مدة الوقت الذي سيقضونه معي، هذا ما يشعرني بالقلق، فأنا بالتأكيد لست

من النوع الذي يجعل للحفل روح وحياة، فأنا من النوع الهادئ، وهـذه ليست جريمة، أليس كذلك؟

(جعلت هذه الأسئلة المشكلة واضحة لكل من المعالج والمـريض- المرحلة الأولى)

المعالج: عند الاستماع إليك بدا كأنك تعتقد أن كونك من «النوع الهادئ» جريمة، فهل هذا صحيح؟

المريض: أنا افترض أنه: لا ينبغي أن يكون جريمة، ولكن بعض الأشخاص مثل زملاء العمل الصاخبين ربما يعتقدون ذلك، فإذا كنت هادئًا فيجب أن تكون مملاً، هذا هو منطقهم.

المعالج : [متأملا] هل يجب أن يكون لديك منطقك كذلك؟ وهل آراء الآخرين عنك هي التي تجعلك مملاً، أم هل ترى نفسك مملاً بطبيعتك، لأنك هادئ؟

المريض: لم أفكر في الأمر من هذا القبيل، افترض أنني أتفق مع الآخرين إذا كانوا يرونني مملاً.

(لقد جلبَت إعادة المعالج لإجابة المريض، المعلوماتِ إلى وعيه، بينما كانت تلك المعلومات خارج نطاق وعيه حاليًّا- المرحلة الثانية).

المعالج: وإذا كنت لا تتفق مع آراء الآخرين حولك، فكر في هذا الأمر بعناية أكثر، فماذا بعد؟

المريض: حسنًا، أنا شخص هادئ لا أناسب الجميع، لكنني لا أرى نفسي مملاً بطبيعتي، لدي اهتمامات، فقد قرأت كثيرًا، وأنا سعيد بدرجة معقولة بحياتي.

المعالج: يبدو أنك قادر على تحديد رأيك بنفسك، سواء كنت تعتبر نفسك مملاً أم لا، أكثر من الموافقة على آراء الآخرين تجاهك، لقد قلت إن لديك اهتمامات، وإنك قرأت كثيرًا، وإنك سعيد بحياتك بدرجة معقولة.

(لقد لخص المعالج المعلومات الجديدة التي كُشِفَ عنها – المرحلة الثالثة)

المريض: هذا صحيح.

المعالج: إذًا كيف تتوافق هذه المعلومات التي زودتنا بها للتو مع فكرتك الأصلية التي مؤداها أنك تتفق مع الآخرين إذا كانوا يرونك مملاً؟

(يسأل المعالج سؤالاً مركبًا لكي يجعل المعلومات الجديدة تـؤثرعلى الفكـرة الأصلية للمريض بأنه ممل، إذا كان الآخرون يعتبرونه كذلك –المرحلة الرابعة).

المريض: إن فكرتهم لا تناسبني، فأنا أقرر من أنا.

المعالج: كيف ستذكّر نفسك بذلك؟

المريض: من خلال كتابته ومراجعته كل يوم «قد يظن بعض الأشـخاص أننـي ممل، ولكنني أرى نفسي شخصًا مثيرًا للاهتمام».

إن تقديم نماذج لطرح الأسئلة السقراطية علـى المرضـى يـساعدهم علـى ملاحظة وممارسة هذه المهارة كجزء من تطور دورهم كمعالجين لأنفسهم.



المبالغــة والفكاهــة

تشتمل الفكاهة بحكم طبيعتها على تحول إبداعي وأحيانًا غير مألوف في نظرتنا للأشياء، ما يجعل فكرة أو عبارة سابقة تبدو «سخيفة» أو «فكاهية» من وجهة النظر الجديدة. (Dobson and Dobson, 2009: 137) إن استخدام المعالج للفكاهة والمبالغة يستثير المريض حتى يصل بأفكاره إلى الاستنتاجات المتطرفة من أجل إظهار طبيعتها السخيفة، ومِن ثَمَّ توليد وجهات نظر أكثر واقعية حول الموقف المشكل، قام المريض في المثال الآتي ببعض الأخطاء المحاسبية في العمل:

المريض: لا أستطيع التوقف عن التفكير في أن شيئًا مروعًا سوف يحدث نتيجة أخطائي.

المعالج: [بجدية صورية] سوف تغلق الشركة، وسوف يصبح المئات عاطلين عن العمل، وستختفي الصناعات بأكملها بين عشية وضحاها، وسوف تتوقف الحياة في البلاد، وسوف يجتاح الركود العالم.

المريض: [ضاحكًا] إنك تبالغ كثيرًا، أليس كذلك؟

المعالج: لقد قلت إن «شيئًا مروعًا سيحدث» بسبب أخطائك.

المريض: حسنًا، لقد فهمت قصدك، الأمر ليس مروعًا حتى يصل للقمة، ولكن رئيسي من المحتمل أن يلقي كل اللوم عليَّ بسبب أخطائي، أليس هذا واقعيًا؟

إن استخدام الفكاهة والمبالغة قد لا يكون فكرة جيدة بالنسبة إلى المريض شديد الضعف(الهش) الذي لديه القابلية للشعور بالسخرية أو الانتقاد بسبب تعليقات المعالج الفكاهية (Persons, 1989: 136). يجب على المعالج استخدام هذه التكنيكات فقط بعد تكوين علاقة علاجية سليمة مع المريض، والتأكيد له أن تلك التعليقات الفكاهية موجهة لأفكاره وليس لشخصه، وبمجرد استخدام هذه التكنيكات، يجب الحصول على عائد من المريض لتحديد تأثير استخدامها عليه، ويمكن للمعالجين أيضًا أن يسخروا من أفكارهم «الغريبة» لكي يثبتوا للمرضى أن السخرية من أفكارهم ليست حكرًا عليهم فقط.



كتابة استجابات بديلة للأفكار الآلية السلبية

لقد أشرنا في النقطة رقم ٤٧ إلى الأعمدة الثلاثة في مفكِّرة تسجيل الأفكار اليومية، التي تستخدم للتمييز بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وتؤدي عملية فحص الأفكار الآلية السلبية إلى قيام المرضى بملء العمود الرابع من الجدول بالاستجابات البديلة لهذه الأفكار (انظر الملحق ٢) ويجب أن تستند هذه الاستجابات البديلة إلى النظر في جميع الأدلة المتاحة، وليس إلى الأفكار الأولى عديمة الأهمية التي تقفز إلى ذهن المريض -لا ردود آلية تلقائية- فقد تكون تلك الاستجابات غير واقعية، أو إيجابية جدًّا، أو أكثر خللاً من الأفكار الآلية السلبية التي نقوم بالرد عليها، ولنعُد إلى المثال الوارد ذكره في النقطة ٤٧، فقد كانت المريضة غاضبة (المشاعر) من زوجها بسبب قيامه بلعب الجولف صباح كل أحد (الموقف) وكانت أفكارها الآلية السلبية هي:

الأفكار الآلية السلبية	الاستجابات البديلة	المترتبات (النواتج)
«ينبغي أن يرغب في أن يكون معي، ولكن ذلك لم يحدث، إذًا فهو لم يعد يحبني» (٨٠%)	«أنا أقرأ الأفكار مرة أخرى، وأقفز إلى الاستنتاجات الخطأ، إنه يريد أن يكون معي ولكن ليس طوال الوقت» (٩٥%)	غضب (٢٠%)
«لماذا -بحق الجحيم- لعبة الجولف أكثر أهمية مني؟!» (٨٠%)	«الجولف مهم بالنسبة إليه صباح كل أحد، ولكنه ليس أكثر أهمية مني، لقد أخبرني بذلك مرات متعددة، أنا بحاجة إلى الاطمئنان بشأن هذا الأمر، وهذه مشكلتي، وليست مشكلته» (٩٠%)	

الأفكار الآلية السلبية	الاستجابات البديلة	المترتبات (النواتج)
«أنا زوجة بائسة (وحيدة) وهو لا يعيرني أي اهتمام» (٨٠%)	«صباح يوم الأحد مرة واحدة في الأسبوع لا يجعلني زوجة بائسة، وإذا لم يكن يهتم بمشاعري، فسوف يظل دائمًا في ملعب الجولف أو أي مكان آخر» (٩٠%)	

طُلب من المريضة تقييم مدى قناعتها بالأفكار البديلة التي ردت بها على أفكارها الآلية السلبية، ثم إعادة تقييم شدة غضبها (كان في الأصل ٨٥%) في ضوء هذه الاستجابات البديلة لتحديد ما إذا كان لها أي تأثير إيجابي على مزاجها، وإن تعليق المريضة «أنا بحاجة إلى الاطمئنان بشأن هذا الأمر» قد يشير إلى معتقَد وسيط (على سبيل المثال:«إذا لم يكن يريد أن يكون معي طوال الوقت، فهذا يثبت أنه لا يريد أن يكون معي على الإطلاق»، أو معتقَد أساسي (على سبيل المثال: «أنا غير محبوبة») وهو ما سيتطلب فحصه وتعديله لاحقًا أثناء العلاج، ويساعد ملء مفكرة تسجيل الأفكار اليومية المرضى على معرفة أن تغيير الأفكار يؤدي إلى تغيير المشاعر، وأن هذا الانخفاض في شدة مشاعر الغضب (٢٠%) يمكن أن يرتفع مرة أخرى إذا غرق عقلها في الأفكار الآلية السلبية، ويتحقق تغيير المشاعر بشكل غير تام، ويتطلب رصد الأفكار المزعجة، والتعامل معها عند ظهورها، ومع اكتساب المرضى لمزيد من الكفاءة والثقة في ملء تلك المفكرات الخاصة بتسجيل الأفكار الآلية، فإن عملية تحديد الأفكار الآلية السلبية، والاستجابة لها سوف تصبح أسرع، مما يسمح للمرضى بتنفيذ تلك العملية عقليًا دون الحاجة إلى تدوينها، ويمكن دائمًا الاحتفاظ بنماذج لمفكرة تسجيل الأفكار اليومية في وضع الاستعداد إذا احتاج المرضى إلى «العودة إلى المبادئ الأساسية» على فترات متباعدة.

يحتاج المعالج إلى التأكد من أن التغيير المعرفي الذي تحقق، على سبيل المثال، من خلال مفكرة تسجيل الأفكار، يصاحبه تغيير سلوكي، وهو ما أسميه أنا (ويندي درايدن، أحد مؤلفي هذا الكتاب) تفعيل المعرفة: «ينخرط المرضى في التعلم اللفظي أثناء العلاج، ومن الأهمية بمكان التأكد من أن سلوكهم في العالم الحقيقي يتطابق مع سلوكهم اللفظي في الجلسة» وتتمثل الواجبات المنزلية في تحويل التعلم اللفظي إلى ممارسات سلوكية.

الواجبات المنزلية



الأساس المنطقي للواجبات المنزلية

عادةً ما تكون جلسة العلاج ساحة فقيرة لتقييم التغيير، لأن جلسة العلاج ليست جزءًا من خبرة المريض اليومية، وتسمح المهام التي تُنفَّذ بين الجلسات (الواجبات المنزلية) للمرضى باختبار وتعديل أفكارهم ومعتقداتهم غير التكيُّفية في مواقف الحياة الحقيقية، فالواجبات المنزلية، أيًّا كان المصطلح الذي يطلقه عليها المرضي، تسمح لهم بتطبيق مهارات العلاج المعرفي السلوكي مع زيادة الثقة والكفاءة، وأيضًا، بدون الواجبات المنزلية قد يصبح المرضى «مكبوتين انفعاليًّا» (في انتظار «تفريغ مشاعرهم» في الجلسة القادمة) بدلاً من التعامل مع المشكلات الانفعالية وقت ظهورها، وكما لاحظ بيرسونز Persons:

من المحتمل أن تتضمن المواقف ذات التأثير الشديد على [المشاعر] الأفكار الأساسية للمريض، وأن القدرة على العمل على تلك الأفكار عندما تُنشَّط في مواقف الحياة اليومية، يوفر فرصة واعدة للتغيير قد يتم خسارتها إذا تم العمل عليها فقط أثناء جلسات العلاج (142 :1989).

كثيرًا ما يقول المرضى إنهم يؤمنون عقليًّا (وليس شعوريًّا) بردودهم التكيُّفية على تفكيرهم السلبي، وتعتمد هذه التفرقة بين تفكير «العقل والقلب» على درجة ثقة المرضى بهذه الاستجابات أو قناعتهم بها، مثلما تقول إحدى المريضات: «أنا أعلم هنا [تشير إلى رأسها] أنه يمكنني أن أكون سعيدة بدون زوج، ولكنني لا أشعر بذلك هنا[تشير إلى قلبها]» ومن أجل اختبار هذا «الشعور الداخلي» توافق المريضة على عدم البحث عن زوج عدة أشهر، وبدلاً من ذلك، يطلب منها التركيز على الأنشطة التي ستساعدها على أن تصبح أكثر اعتمادًا على النفس، وتساعد هذه الواجبات المريضة على زيادة قناعتها بأنها يمكنها أن تكون سعيدة بالعيش بمفردها (بمعنى أن تؤمن بذلك على المستوى العقلي، وتشعر به على مستوى المشاعر) وتضعف قناعتها بأنها لا يمكن أن تكون سعيدة بدون زوج، وعندما تقرر أن تبحث عن زوج، فسوف يكون ذلك بمحض إرادتها واختيارها، وليس بدافع اليأس أو الاحتياج.

يشير بيك وآخرون Beck et al إلى أنه «يتم تشجيع المريض على النظر إلى الواجبات المنزلية على أنها مكون أساسي وحيوي من مكونات العلاج، وليس مجرد إجراء مساعد اختياري» (1979:272; emphasis in original)، ولذلك يُشَجَّع المرضى منذ الجلسة الأولى فصاعدًا على تنفيذ الواجبات المنزلية بدلاً من تأخيرها، حتى يشعروا بالراحة مع أسلوب العلاج المعرفي السلوكي.

يتم الاتفاق على الواجبات المنزلية بشكل تعاوني، ولكن في المراحل المبكرة من العلاج المعرفي السلوكي، يأخذ المعالج دورًا أكثر فاعلية في تحديد هذه المهام، وتسمح الواجبات المنزلية للمرضى أن يتطوروا كمعالجين ذاتيين لمعالجة مشكلاتهم، مما يقلل ليس فقط من فرص حدوث انتكاسة كاملة (عودة ظهور المشكلة الأصلية) ولكن أيضًا من خطورة أن يصبح المرضى معتمدين على المعالج في حل مشكلاتهم، كذلك يؤدي تنفيذ الواجبات المنزلية إلى تسريع تقدم المرضى نحو تحقيق الأهداف العلاجية، ومن ثَمَّ تقليل الوقت الذي يقضونه في العلاج، وقد يكون بعض المرضى مهتمين بمعرفة ذلك.

أظهرت الدراسات التي اهتمت بتقييم عملية العلاج النفسي ونتائجها أدلة تؤكد أن العلاج المعرفي السلوكي الذي يتضمن واجبات منزلية يؤدي إلى نتائج أفضل بدرجة دالة من تلك الناتجة عن العلاج الذي يتم بالكامل خلال جلسة العلاج، وأظهرت الأبحاث أيضًا أن نتائج العلاج تعكس تحسنًا ملموسًا عندما يكمل المرضى واجباتهم المنزلية (Kazantzis et al., 2005: 2).



أنواع الواجبات المنزلية

تتضمن الواجبات المنزلية عادة خليطًا من الواجبات المعرفية (بما في ذلك الصور) والواجبات السلوكية، وتشمل المهام المعرفية ما يلي:

١- العلاج بالقراءة، وتساعد هذه المهام القرائية المرضى في فهم مشكلاتهم النفسية، ليس فقط بطريقة عميقة، ولكن أيضًا تعلم أساليب العلاج المعرفي السلوكي التي تستخدم في علاج هذه المشكلات، وهناك كثير من أدبيات العلاج المعرفي السلوكي القائمة على المساعدة الذاتية، ومن أمثلة ذلك: اضطرابات القلق (Beck, 1988) ومشكلات العلاقات (Beck, 1988)، ومشكلات النوم (Espie, 2006)، وانخفاض تقييم الذات (Fennell, 1999)، والاكتئاب (Leahy, 2010)، وتعلم التدريب على مهارات الحياة (Neenan and Dryden, 2014)، وينظر عادة إلى أدبيات المساعدة الذاتية على أنها عامل مساعد في العلاج، وليس على أنه بديل له.

٢- الاستماع، يمكن تشجيع المرضى على تسجيل كل جلسة حتى يتأملوا محتواها بعيدًا عن مكتب المعالج، وقد يستمع بعض المرضى للجلسات عدة مرات للحصول على أقصى استفادة علاجية منها، وغالبًا ما يعالج المرضى المعلومات بطريقة سيئة أثناء الجلسات، لأنهم يشعرون بالانزعاج، أو قد يكونون مترددين في الاعتراف بأنهم لم يفهموا مغزى ما يقوله المعالج، ومن غير المحتمل أن يشعروا بذلك وهم بمفردهم، أو أن يتشتت انتباههم، ومن ثَمَّ يصبحون أكثر قدرة على التركيز على ما دار في الجلسة، وإذا كان المريض لا يرغب في تسجيل جلساته، فعلى المعالج أن يمتثل لهذا الطلب.

٣- الكتابة، إن ملء نماذج من مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، هي واجب منزلي أساسي، وتساعد هذه النماذج المرضى على تسجيل أفكارهم المزعجة، والرد عليها بطرق أكثر موضوعية (انظر النقطتين ٤٧ و٦٢) ويمكن أن تشمل مهام الكتابة أي تصور من شأنه أن يفيد المرضى في التعامل مع مشكلاتهم، مثل المريض الذي وافق على كتابة مقالة بعنوان «هل إرضاء الناس هو أفضل

طريقة لتنمية قبول الذات؟» وخلص في نهاية المقال إلى أن إرضاء الناس هو «العبودية النفسية التي أصر على التخلص منها، والتركيز أكثر على أن أكون نفسي» وقد تم وضع خطة عمل بعد ذلك وتطويرها لترجمة الإصرار إلى حقيقة واقعية، ومعرفة حقيقة ما يعنيه «أن أكون نفسي».

٤- مواجهة الصور، وتساعد هذه المهمة المرضى على تخيل أنفسهم في مواجهة المواقف التي يخشون الخروج منها بنتائج غير سارة، وعلى سبيل المثال، المريض الذي يخشى الهجر «سأُهجَرُ بعد أول موعد غرامي لي، إذا لم أكن ذكيًا ومرحًا طوال المساء» وقد تخيل نفسه يُجري محادثة، دون أن يجهد نفسه في أن يكون ذكيًا ومرحًا، ومحتفظًا بعقلة المتفتح ليرى ما سوف يحدث في هذا المساء.

٥- الصور الجامدة في مقابل الصور المتحركة (Neenan and Palmer, 1998). يطلب من المرضى الذين ليس لديهم الدافعية للانخراط في حل المشكلات، ومن ثَمَّ يبقون محاصرين بتلك المشكلات، أن يتخيلوا بشكل حي مترتبات عدم التعامل مع المشكلات التي يواجهونها (مثل التسويف الذي لا نهاية له، وعدم السعي وراء ما يريدون من الحياة) ومن ثم عكس تلك الصورة القاتمة بصور عملية أو متحركة (على سبيل المثال، المخاطرة من أجل خلق فرص مثيرة للاهتمام، واستغلالها بدلاً من القلق والحزن) ويطلب من المرضى تنفيذ هذا التدريب بشكل يومي، خلال الأسابيع القليلة المقبلة، بينما تتلاشى تدريجيًا الصور القاتمة أو الجامدة، وأن يحتفظوا بمفكرة لتسجيل الواجبات لتحديد إذا ما كان الإجراء المطلوب تنفيذه يجري بالفعل أم لا.

تتضمن الواجبات السلوكية ما يلي:

١- جدولة النشاطات، وهذا هو الأسلوب المستخدم مع المرضى المكتئبين، لاسيما في المراحل المبكرة من العلاج، لأنه يساعدهم على مقاومة خمولهم، وجمودهم، وترددهم، واجترارهم للأفكار السلبية، ويُقَسَّم اليوم عادةً إلى فترات من النشاطات المقرر القيام بها كل ساعة، لذلك لا يتعين على المرضى أن يقرروا ما الذي يجب عليهم القيام به بعد ذلك، ويطلب من المرضى أن يقيموا على مقياس من صفر إلى ١٠ درجةَ الاستمتاع والشعور بالإنجاز الذي حققوه من كل نشاط، ويساعد مقياس التقدير هذا المرضى على اختبار تنبؤاتهم بشأن أن القيام بهذه الأنشطة لن يجلب لهم الشعور بالمتعة والإنجاز، وتعد جدولة النشاطات تكنيكًا أساسيًا لتفعيل السلوك، يستخدم في علاج الاكتئاب

(Kuehlwein, 2002). لقد أصبح تفعيل السلوك بحد ذاته علاجًا للاكتئاب وليس مجرد عنصر أساسي في البرنامج العلاجي (Martell et al., 2010). ويعد تفعيل السلوك أيضًا جزءًا من الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي (انظر النقطة ١٠٠) التي «تؤكد على أهمية المبادئ السلوكية، ولا تؤكد على أهمية المحتوى المعرفي» (Craske, 2010: 2; emphasis in original).

٢- القيام بالمهام بطريقة متدرجة، ويساعد هذا الأسلوب المرضى على علاج مشكلاتهم بخطوات صغيرة، وسهلة ويمكن التحكم بها، بدلاً من علاجها بمحاولات كثيرة جدًا وبأسرع ما يمكن، ويمكن وضع مخاوف المريض في تسلسل هرمي متدرج من الأشد خوفًا للأقل شدة، وتعريض المريض لتلك المواقف تدريجيًا حسب قدرته على ذلك، التي تتوج في نهاية الأمر بقدرته على مواجهة أشد المواقف صعوبة، وعلى سبيل المثال، شاهد شخصٌ يعاني رُهاب الكلاب، كلبًا يلعب على بعد مسافة آمنة، ثم بدأ في الاقتراب منه تدريجيًا حتى استطاع لمس الكلب المربوط، قبل أن يواجه خوفه النهائي من مواجهة كلب غير مربوط يحوم حوله، لقد كان قادرًا على التغلب على خوفه في غضون بضعة أيام.

٣- إجراء التجارب، ويمكن هذا التكنيك المرضى من اختبار أفكارهم ومعتقداتهم، والتعامل معها على أنها افتراضات، وليست حقائق، وعلى سبيل المثال، اعتقد أحد المرضى أن أصدقاءه المغايرين لتوجهه الجنسي، سوف يتخلون عنه إذا أخبرهم أنه شاذ، وقال إنه يريد «التوقف عن الكذب، والإفصاح عن توجهه الجنسي» وقد أثار إفصاحه عن توجهه الجنسي مجموعة من ردود الأفعال من قبيل: «كنا نعرف ذلك، ولا نصدق، ونحن ندعمك، والحذر بين بعض الأصدقاء الذكور، وتخلي عدد قليل منهم عنه» ولم يتحقق تنبؤ المريض إلى حد كبير، وشعر بالارتياح لهذه النتيجة، ولكن ظهرت بعض المشكلات مثل «بعض أصدقائي الذكور قلقون من أنني قد أعجب بهم».

لقد تلقى المريض اهتمامًا علاجيًا لكيفية التعامل مع تلك الصعوبات، إذا تخلى عنه كل أصدقائه المغايرين له في توجههم الجنسي، فعندئذٍ سوف يساعده المعالج على فحص جودة علاقاته السابقة للإفصاح لهم عن توجهه، وإيجاد طرق لتقبل الواقع المؤلم، والنظر في كيفية العمل على تكوين صداقات مستقبلية مع أشخاص مغايرين لتوجهه الجنسي.

من المهم أن يقوم المعالجون بقراءة التراث البحثي حول فاعليـــة الواجبـــات المنزلية في العلاج المعرفي السلوكي، (وعلى سبيل المثـــال: ;Tompkins, 2004 Kazantzis et al., 2005) ويقوم المعالجون بناءً على ما استخلـــصوه مـــن هـــذا التراث، بتحديد مجموعة مختارة من المهام الفعالة التي يقوم بهـــا المرضـــى بـــين الجلسات.

٦٥

التفاوض حول الواجبات المنزلية

يبدو بوضوح أن التفاوض قائم على التعاون، وليس إخبار المرضى بما يجب القيام به (قد يحدث إخبار المريض بما يجب القيام به، على سبيل المثال، لأن المعالج يريد أن يُشعر المريض بالرضا عن نفسه، بأسرع ما يمكن، كما أن التحسن السريع الذي يطرأ على المريض يعكس الكفاءة الإكلينيكية للمعالج)، ويجب أن تستند الواجبات المنزلية إلى ما جرى مناقشته والعمل عليه في جلسة العلاج الحالية، وربطه بأهداف المريض، وعلى سبيل المثال، إعداد جدول النشاطات اليومية في الجلسة، ثم يقوم المريض بتنفيذه كواجب منزلي، لمعرفة إذا ما كان القيام بتلك النشاطات المدرجة بالجدول يحسن مزاجه الكئيب أم لا، ويجب صياغة الواجبات المنزلية باستخدام مصطلحات عيانية وواضحة (على سبيل المثال:«سوف أقوم بإجراء ثلاث مكالمات هاتفية من المنزل في الأسبوع القادم للاستفسار عن مقررات الدراسة الجامعية») وكذلك متى سوف يتم ذلك (على سبيل المثال «يوم الاثنين، والأربعاء، وصباح الجمعة»).

يجب تحديد العقبات المتوقعة التي تحول دون تنفيذ الواجبات المنزلية (مثل «قد أكون قد نسيت») والحلول المقترحة («سأضع تنبيهًا عبر الهاتف حتى لا أنسى») ويمكن إعطاء المرضى نسخة من نموذج الواجبات المنزلية المكتملة (انظر الملحق ٣) لتذكيرهم بما تم الاتفاق على القيام به، وينبغي ترك الوقت الكافي (على سبيل المثال عشر دقائق) في نهاية الجلسة للاتفاق على الواجبات المنزلية، وإذا حدث استعجال في هذه العملية، فقد ينتج عنه سوء تفاهم، مثل عدم فهم المريض بطريقة واضحة ما يفترض أن يقوم به، حيث إن الاتفاق قد تمت صياغته بطريقة غامضة، وإذا ظهر أن هناك واجبًا منزليًا مناسبًا للمريض في وقت مبكر من جلسة العلاج، فيمكن مناقشته، والاتفاق عليه قرب نهاية الجلسة.

هناك اعتبارات أخرى يجب على المعالج أن يضعها في الحسبان، مثل تقييم إذا ما كان المريض يمتلك المهارات اللازمة لتنفيذ الواجبات (على سبيل المثال، يريد المريض أن يتصرف بطريقة توكيدية في سياق معين ولكنه لا يفهم ما السلوك

التوكيدي في واقع الأمر، وهنا سوف يكون التدريب على السلوك التوكيدي في الجلسة مطلوبًا) وهل القيام بالواجبات المحددة فعلاً مثير لاهتمام المريض (على سبيل المثال قد تشعر المريضة أنها ملزمة بملء نموذج تسجيل الأفكار اليومية، ولكن الواجبات العملية سوف تكون أكثر تحفيزًا لها). قد يساعد المعالجون الأكثر خبرة المرضى في تدوين كثيرٍ من الواجبات المنزلية التي يمكنهم من خلالها اختيار أكثر المهام تشويقًا وملاءمة لهم (Padesky and Greenberger, 1995).

يجب على المعالج أن يوضح للمرضى أن الواجبات المنزلية قائمة على صيغة «الفوز–الفوز»: وهذا يعني أنه مهما حدث في الواجبات المنزلية، فإنه سوف يُحصِل على معلومات مهمة، ومِن ثَمَّ إذا أكمل المريض الواجبات، فكيف استُكمِلَت؟ وإذا قام المريض بمهمة أخرى غير المكلف بها، فما الذي دعاه لإجراء هذا التغيير؟ وإذا لم يحاول المريض القيام بالمهمة، فما الذي منعه القيام بها؟ ويعتمد الواجب المنزلي على المحاولة، وليس على النجاح أو الفشل.

خلال المراحل المبكرة من العلاج يساعد البدء في القيام بالواجبات المنزلية أثناء جلسة العلاج (إذا أمكن) على تحفيز المرضى على مواصلة القيام بها خارج الجلسة، وكما يلاحظ بيك: «غالبًا ما يصف المرضى الجزء الأصعب من القيام بالواجبات المنزلية على أنه الفترة التي تسبق القيام بها مباشرة – أي تحفيز أنفسهم للبدء» (2011: 302; emphasis in original). على سبيل المثال: رأيت أنا (مايكل نينا، أحد مؤلفي هذا الكتاب) مريضة كانت تماطل في البدء في إعداد أطروحة دراستها الجامعية، ووافقت على البدء في تدوين الملاحظات في الجلسة، وتم تحديد العوائق المعرفية («أريد أن أكتب فقرة افتتاحية رائعة تثير إعجاب مدرسي») وتم تعديل ذلك («سأبدأ بفقرة افتتاحية مناسبة، وأعيد مراجعتها عند الضرورة، وأترك للمدرس ما سوف يقرره بشأنها») ويمكن البدء في كتابة الواجبات، والتدريب على التخيل، أو ممارسة سلوكيات جديدة قبل نهاية الجلسة، ومناقشة أي صعوبات في تنفيذها.

ومع التقدم في العلاج، يجب على المريض أن يقترح القيام بواجبات منزلية محددة كجزء من تطوره كمعالج ذاتي، لأن ذلك سوف يشجعه على مواصلة تصميم وتنفيذ مهام المساعدة الذاتية بمجرد انتهاء العلاج الرسمي، ومن غير المحتمل أن يقوم المريض بذلك إذا كان المعالج قد لعب الدور الأساسي في التفاوض حول الواجبات المنزلية طوال فترة العلاج.



مراجعة الواجبات المنزلية

عادة ما تكون مراجعة الواجبات المنزلية أولَ بند في جدول أعمال الجلسة، ويؤدي التغاضي عن مراجعة الواجبات المنزلية إلى ثلاث مشكلات:

أولا: يبدأ المرضى يعتقدون أن الواجبات المنزلية غير مهمة، ومِن ثَمَّ فإن العلاج هو شيء يعدُّ لهم، أكثر من كونه شيء يشاركون بفاعلية في فعله حتى في غياب المعالج.

ثانيًا، يفقد المعالجون فرصًا لمعالجة الأخطاء التي يقع فيها المرضى، مثل عدم رد المرضى بطريقة منطقية ملائمة على أفكارهم الآلية.

ثالثًا، يفقد المعالجون فرص استخلاص الدروس المفيدة من الواجبات المنزلية، وتعزيز هذه الدروس (Beck et al., 1993: 109).

يقترح تومبكينز Tompkins (2004) خمس خطوات متتابعة لمراجعة الواجبات المنزلية:

١- كن متسقًا – راجع واجبات المريض كل جلسة.

٢- كن فضوليًا – تبنَّ نهجًا منفتحًا دون إصدار أحكام قيمية أو أخلاقية عند مراجعة الواجبات المنزلية، وخصوصًا إذا لم يكملها المريض.

٣- كن مجامِلا – مهما كان الجهد المبذول في عمل الواجبات المنزلية بسيطًا.

٤- كن حذرًا – لا تدعم الواجبات غير المكتملة من خلال التظاهر بأن ذلك غير مهم، وبدلاً من ذلك قم بفحص العقبات التي حالت دون استكمال تلك الواجبات.

٥- النظر في تغيير أو تكرار المهام المطلوب تنفيذها كواجب منزلي، اعتمادًا على المعلومات التي ظهرت من هذا الفحص.

تعد مشكلة عدم الامتثال للواجبات المنزلية مشكلة شائعة، ويفترض بيرسون Persons (1989) وجود ثلاث عقبات تحول دون إتمام الواجبات المنزلية:

١- النزعة إلى الكمال (على سبيل المثال:«إذا لم أتمكن من القيام بالمهمة بشكل مثالي، فهذا لا يستحق العناء»).

٢- خوف الفشل (على سبيل المثال «إذا فشلت في المهمة، سيثبت ذلك أنني عديم الجدوى»).

٣- الحاجة إلى إرضاء الآخرين (على سبيل المثال «أنـــا لا أرى جـــدوى للقيـــام بالمهمة التي كلفني بها المعالج، ولكنني سأحاول أن افعل ذلك، لأنني لا أريـــد أن يفكر المعالج فيَّ بطريقة سيئة»).

يمكن أن يبدأ علاج هذه العقبات من خلال:

١- التأكيد على ما يشير إليه هايك Hauck «إن فعل الشيء أهم من فعله بطريقة جيدة» والتفكير في النجاح باعتباره تحسناً طفيفاً عما كنت تستطيع القيام بـــه من قبل (47 :1982).

٢- الإشارة إلى أن الإخفاق عبارة عن إجراء، بينما يمثل الفشل النتيجـــة، لـــذلك يمكن للمرء المرور بعدد من الإخفاقات في إنجاز المهمة، ولكنه سوف ينجح في النهاية في تنفيذها (Neenan and Dryden, 2002) وقد يفشل المرء فـــي تنفيذ مهمة معينة، ولكن من الخطأ بشكل واضح القول بأن الشخص فاشـــل أو عديم الجدوى بسبب ذلك.

٣- تشجيع المريض على التعبير عن ردود فعله الحقيقية تجاه الواجبات المنزلية، واقتراح واجبات أخرى يعتقد المريض أنها مفيدة حقاً.

يمكن التنبؤ بصعوبات تنفيذ الواجبات المنزلية مـــن خـــلال صـــياغة الحالـــة الخاصة بالمريض (انظر النقطة ٣٠) وعلى سبيل المثال، من المـــرجح أن يتـــأخر المريض الذي يعاني مشكلة التسويف في تنفيذ الواجبات المنزلية، ويمكن للمعـــالج والمريض أن يضعا خطة لمعالجة التسويف لتسهيل إنجاز الواجبات المنزلية (على سبيل المثال، تعزيز دافعية المريض، وأن يوافق علـــى إرســـال رســـالة بالبريـــد الإليكتروني إلى المعالج عند الانتهاء من المهمة في الموعد النهائي) وبالطبع، ليس هناك ما يضمن أن الخطة سوف تنجح في كل مرة، ولكنها قد تساعد في تقليل عدد المرات التي لا تكتمل فيها الواجبات المنزلية.

يؤكد كل من بادســـكي وجرينبيرجـــر Padesky and Greenberger (1995) على أنه لا ينبغي للمعالج أن ينظر إلى عدم الامتثال للواجبات المنزلية علـــى أنـــه مقاومة للعلاج، ولكن بدلاً من ذلك، عليه أن يتبنى منحى حل المـــشكلات (علـــى سبيل المثال:«دعونا نرَ إذا كان بإمكاننا اكتشاف ما يحدث»). إن محاولـــة كـــسر المقاومة يمكن أن تؤدي إلى صراعات على فرض السيطرة، أو عوائق في العلاج،

بينما من المرجح أن يؤدي منحى العمل المشترك إلى تحقيق مكاسب مفيدة للمريض وللتحالف العلاجي.

يحتاج المعالجون إلى مراقبة ردود أفعالهم تجاه عدم الامتثال للواجبات المنزلية مثل الشعور بالغضب لأن المريض «لا يأخذ العلاج على محمل الجد» أو الشعور بالقلق لأن استمرار عدم الامتثال من جانب المريض سيثبت أن المعالج غير كفء – «إذا كنت معالجًا جيدًا، إذًا كان يجب أن أجد طريقة لمعالجة هذه المشكلة الآن» ومن خلال الإشراف، أو من خلال ملء مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، يستطيع المعالج توليد استجابات تكيُّفية لأفكاره الآلية السلبية، مثل: «من الأفضل التحقق من الأسباب التي تقف خلف عدم امتثال المريض، بدلاً من تعليل ذلك بعدم أخذ المريض العلاج على محمل الجد، أو عدم كفاءتي كمعالج، سوف أقوم بتسجيل جلساتي معه، وأتوجه معه إلى المشرف، لإلقاء نظرة أكثر موضوعية على ما يمكن أن يكون قد حدث».

طرق اكتشاف الافتراضات/ القواعد



الكشف عن صياغات «إذا...إذًا».

إن تحديد وفحص الافتراضات والقواعد الأساسية (انظر النقطة ٣) يحدث عندما يكتسب المرضى بعض المهارة والثقة في تطبيق النموذج المعرفي على مشكلاتهم، من خلال الرد على أفكارهم الآلية السلبية الموقفية، واستكمال بعض الواجبات المنزلية (العمل على الأفكار الآلية السلبية يضعف من قوة المعتقدات الأساسية). قد يؤدي التعامل مع المستويات المعرفية الأعمق أولاً، وتجاوز الأفكار الآلية السلبية إلى شعور المرضى بالإجهاد، والتهديد، وثقل الواجبات، أو اتخاذ موقف دفاعي، أو مقاومة العلاج، لأن المعالج قد ذهب إلى العمق مبكرًا وبسرعة كبيرة، وهي استراتيجية قد تؤدي ببعض المرضى إلى إنهاء العلاج قبل الأوان، وبعد كل ما ذكرناه، فنحن نعمل مع المرضى الذين لديهم الاستعداد، والإرادة، وقادرين على العمل على قواعد حياتهم، ومعتقداتهم الأساسية في وقت مبكر من العلاج (على سبيل المثال «أنا أعرف ما أصلُ مشكلاتي، لذلك فلنذهب مباشرةً إلى هناك»).

تتمثل إحدى الطرق الرئيسة لتحديد افتراضٍ موقفيٍّ وسيط في أن يكون المعالج منتبهًا لعبارات المريض التي يستخدم فيها الصياغة «إذا...إذًا» مثل «إذا لم أفعل ما قلته.. إذًا سوف يهجرني شريكي» (يمكن أن يُعَبَّر عن الافتراض أيضًا في صورة «مالم أكن...إذًا» مثل «مالم أكن دائمًا مسيطرًا على الأشياء إذًا سوف تصبح حياتي فوضوية تمامًا» تُحدَّد شروط الافتراضِ بواسطة استخدام أداة الشرط «إذا»، بينما يُنذِر جواب الشرط «إذًا» بعقوبة، إذا لم تُستَوفَ هذه الشروطُ، ويشير فينيل Fennell إلى أن صيغة الشرط «إذا...إذًا...» لا تكون واضحة على الفور، ولكنك سوف تراها إذا أمعنت النظر (165 :1999). على سبيل المثال: يقول أحد المرضى إن شعاره هو «لا تقترب» ولكن عندما يُفحَص ويُحلَّل هذا الشعارُ يظهر أن أصله «إذا...إذًا» بمعنى «إذا اقتربت من الناس..إذًا سوف يرفضونني» ويقول مريض آخر إن سياسته هي «الحفاظ على السبق بخطوة واحدة» والتي عندما تُتَرجَم إلى افتراض باستخدام صيغة الشرط تصبح «إذا لم أكن متقدمًا خطوة واحدة

على الناس من خلال توقع تصرفاتهم، فعندئذٍ سوف يستغلونني بطريقة ما» وهناك طريقة أخرى لاكتشاف قاعدة «إذا...إذًا» هي تقديم الجزء الأول من القاعدة «إذا» ويقوم المريض باستكمال الجزء الآخر المتمثل في «إذًا»، ومثال ذلك:

المريض: لماذا دائمًا ما أسرف في التحضير لتقديم محاضرة؟ لماذا لا أكتفي بالقدر المعقول من التحضير؟

المعالج: هيا نعثر على بعض الإجابات عن أسئلتك: إذا لم أسرف في التحضير للعرض...

المريض: إذًا سوف أشعر أنني غير ملم بموضوع العرض جيدًا، وسوف يكون العرض ضعيفًا، وسوف أفقد مصداقيتي.

المعالج: إذا اكتفيت بقدر معقول من التحضير...

المريض: إذًا سوف أجد صعوبة في الإجابة عن بعض الأسئلة، وسوف أفقد مصداقيتي لأنني حقًا غير ملم بموضوع المحاضرة، إنها مشكلة مصداقية، وهذا هو السبب في أنني أُفْرِط بدرجة كبيرة في التحضير لموضوع المحاضرة، أعتقد أنني كنت أعرف ذلك بالفعل، فقط نطقها بصوت مرتفع يؤكد ذلك.

بينما نمعن النظر في البحث عن افتراضات غير تكيُّفية في صورة «إذا...إذًا» نجد أنه يمكن التعبير عنها بصور مختلفة، مثل «أنا لا أستحق أي سعادة في الحياة بسبب ما فعلته» و«إن أهميتي تعتمد على ما يظنه الآخرون عني» و«احتياجات الآخرين أكثر أهمية من احتياجاتي».

من الناحية الفنية، فإن بعض صياغات «إذا...إذًا» هي في الواقع أفكار آلية مرتبطة بموقف محدد، (Beck, 2005) على سبيل المثال:«إذا تحدثت مع "سو" عن مستوى الإزعاج الذي تسببه، فسوف تقول لي: اذهب إلى الجحيم»، و«إذا سألت "جون" أن يصطحبني إلى المحطة، فسيقول لي إنه ليس لديه الوقت للقيام بذلك» ويمكن اختبار كل هذه التنبؤات من خلال التجارب السلوكية، ويبدو أن هذين المثالين السابقين، وصياغات أخرى في صورة «إذا..إذًا» المتعلقة بموقف محدد، قد اندمجوا معًا في معتقَد أساسي موقفيٌّ، لم يُفصَح عنه حتى هذه اللحظة في حياة المريض، يتمثل في الآتي:«إذا حاولت أن أتحدث عن نفسي، وعمَّا أتمنى أن يحدث، إذًا فلن يهتم بي أحد، وسوف يعاملونني على أنني عديم القيمة [معتقَد أساسي محتمل].



اكتشاف «يجب، ويلزم»

هذه عبارات حتمية تقود سلوك المريض، مثل «يجب أن أؤدي دائمًا بشكل مثالي» و«لا ينبغي لي أبدًا أن أخيب ظن أصدقائي بي». هذه القواعد غير تكيُّفية لأنها جامدة، ولا تعترف بالضعف البشري أو تغيرات الظروف المحيطة، وعادة ما ترتبط عبارات يجب ويلزم بشيء خفي سوف يحدث ويتمثل في صيغة «وإلا» (Fennell, 1999: 166) التي يحاول المعالج استكشافها من خلال السؤال: «هل هناك أي «وإلا» مرتبطة بهذه العبارات؟» وكما في المثالين السابقين على التوالي نجد أن «وإلا» تتمثل في «سأصبح متوسط القدرات» و«سيتركني الجميع»، ويستطيع المرضى تعلم اكتشاف «يجب» و«يلزم» في تفكيرهم بمجرد أن يشير المعالج إلى دورهما في حدوث الاضطراب:

المريضة: يجب ألا أنسى الاتصال بوالدتي، يجب أن أتصل بها عندما أقول إنني سأفعل ذلك، أشعر بالذنب جدًّا عندما لا أتصل بها.

المعالج: لقد قلتِ إن لديك وظيفة شاقة جدًّا وأسرة تحتاج إلى العناية بها، هل يمكنك أن تلتمسي العذر لنفسك بسبب ذلك؟

المريضة: كلا، يجب ألا يحدث هذا الكلامُ أيَّ فرق، يجب ألا أنسى الاتصال بوالدتي.

المعالج: هل تعلمين أنكِ استخدمتِ كلمة «يجب» أربع مرات في آخر جملتين؟

المريضة: وماذا في ذلك؟

المعالج: يمكن لكلمة «يجب» أن تؤدي دور قائد العبيد الذي يملي عليك ما يجب وما لا يجب أن تفعليه، فهل هذا يمس أي وتر لديك؟

المريضة: [أومأت بالموافقة] هذا صحيح، فأنا أقود نفسي بجدّية بالغة، وأحيانًا يكون رأسي مثل إناء الضغط (وهو إناء للطهي يعمل تحت ضغط البخار)، أنا أستخدم هذه الكلمة كثيرًا.

المعالج: هل ترغبين في الاحتفاظ بمفكرة يومية حتى الأسبوع القادم، ونرى كم «يجب» سوف تكتشفينها في تفكيرك؟

المريضة: [ضاحكةً] حسنًا، يجب أن يكون ذلك مثيرًا للاهتمام.

كان الارتباط بين عبارة «وإلا» لدى المريضة وعبارة «يجب ألا أنسى الاتصال بوالدتي» يتمثل في النتيجة التي مؤداها «هذا سيثبت أنني ابنة غير مهتمة» ويمكن أن يمزج المعالج محاولاته للكشف عن عبارات «يجب» و«يلزم» ببعض الفكاهة إذا كانت المريضة متقبلة ذلك.

من المهم أن نشير إلى أنه ليس كل عبارة ينطق بها المرضى وتتضمن «يجب» و«يلزم» تحتاج إلى تدقيق إكلينيكي: فالمهمة الأساسية للمعالج هي مساعدة المرضى على التمييز بين المعاني المختلفة المتضمنة في هذه الكلمات، وعلى سبيل المثال «يجب أن يكون الطقس غدًا مثلجًا(تتساقط الثلوج غدًا) وفقًا لتوقعات الأرصاد» (التنبؤ) و«يجب أن أفقد بعض الوزن قريبًا» (النية) و«ينبغي لك قراءة هذا الكتاب، فهو مسلٍ جدًا» (التوصية) و«يجب أن أغسل شعري الليلة، بدلاً من أن أعاني حكة فروة رأسي» (الفهم). نحن نستهدف في مناقشتنا فقط عبارات «يجب» و«يلزم» المتصلبة والصارمة مثل «يجب أن أفوز في كل منافسة أشارك فيها» وإذا كان المعالج لا يعلم المرضى هذه الاختلافات في المعنى، فقد يعتقد بعض المرضى أن كل«يجب» و«يلزم» سامة، وعلى سبيل المثال «يجب ألا أقول أبدًا "يجب"».

٦٩

تمييز الموضوعات الأساسية في الأفكار الآلية للمرضى

يمكن للمعالج أن يراجع مع المريض مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، لمجموعة من المواقف من أجل مساعدته في أن يصبح أكثر وعيًا بموضوعات محددة، تتكرر في تفكيره، وعلى سبيل المثال، فهذه عينة من أفكار المريض التي سجلها في مفكرته الخاصة بمواقف في المنزل، والعمل، والمواقف الاجتماعية، على التوالي «كل شيء يجب أن يكون صحيحًا تمامًا»، «أحتاج إلى التأكد من أن زملائي يرونني، بالطريقة التي أحب أن يروني بها» و«لا أستطيع الاستمتاع دون وجود الأشخاص المناسبين من حولي». يمكن للمعالج أن يسأله عما إذا كان هناك موضوع أساسي يتضمن هذه الأفكار، أو إذا كان لديه قاعدة أو افتراض معين يدعم تلك الأفكار:

المريض: لست متأكدًا مما تعنيه.

المعالج: عند القيام بهذا التدريب مع مرضى آخرين، حُدِّدَتْ معتقدات الرفض، والفشل، والاستحسان كموضوعات أساسية تنطلق منها تلك الأفكار.

المريض: ما زلت غير متأكد.

المعالج: حسنًا، عند استعراض أشكال التفكير هذه، يبدو أن هناك حاجة للتحكم في حياتك، فهل هذا هو حالك؟

المريض: أعتقد أن هذا صحيحًا،أحب أن يكون كل شيء بالطريقة التي أحب أن يكون عليها.

المعالج: وإذا كان كل شيء ليس بالطريقة التي تحب أن يكون عليها...؟

المريض: إذًا أعتقد أن حياتي خارجة عن السيطرة، وأنني سوف أنهار[تم الكشف عن افتراض المريض].



فحص التغيرات المزاجية الفارقة

يقترح فينيل Fennell أن «المزاج المرتفع يشير إلى أن شروط الافتراض قد تم الوفاء بها، كما يشير المزاج المنخفض إلى أن تلك الشروط قد تم خرقها» (1989: 204). يمكن للمرضى فحص مزاجهم المرتفع، وكذلك مزاجهم المنخفض من أجل الكشف عن معلومات مهمة حول افتراضاتهم وقواعدهم. يشير بيك وآخرون Beck et al إلى أنه عندما يشعر المريض بالسعادة تجاه حدث ما، فإن الأسئلة حول تفكيره قد تؤدي إلى الكشف عن قواعده الأساسية، وأن عديدًا من الصيغ غير التكيُّفية «تؤتي ثمارها» بالنسبة إلى المريض عندما تتحقق (1979: 249). على سبيل المثال، قالت إحدى المريضات إنها شعرت بسعادة بالغة عندما منحها رئيسها تقييمًا جيدًا لقيامها بالتحضير لمشروع مهم في الوقت المحدد – «كنت أحلق فوق السحاب طوال اليوم» وقد سعى المعالج لاكتشاف الأسباب الكامنة التي تقف خلف مزاج المريضة المبتهج:

المريضة: إنه شعور رائع، لقد ارتفع تقييمي لذاتي لعنان السماء، أنا أحب الإشادة بي، ومن لا يحب ذلك؟

المعالج: ماذا يعني الثناء عليك بالنسبة إليك؟

المريضة: أنني محبوبة، وذات شأن.

المعالج: وما الذي يجب عليك القيام به من أجل أن تكوني محبوبة، وذات شأن؟

المريضة: يجب أن أبذل قصارى جهدي لإرضاء الآخرين.

المعالج: هل يمكنك أن تقولي أنك تتصرفين وفقا للافتراض التالي «إذا بذلت قصارى جهدي لإرضاء الآخرين، فعندئذٍ سوف يحبونني، ويرونني ذات شأن»؟

المريضة: يبدو هذا صحيحًا، لقد أشاد بي رئيسي، وشعرت بالرضا، فما الخطأ في ذلك؟ إلا أن مزاجها المرتفع لم يدُم طويلاً، حيث كان رئيسها ينتقدها عندما تأخرت عن الاجتماع بعد بضعة أيام: «شعرت بالدمار عندما انتقدني، فقبل بضعة أيام لم يكن لديه سوى الثناء علي» ويتمثل

الافتراض السلبي وهو الجانب الآخر من الافتراض الإيجابي، والــذي يثير المزاج الاكتئابي لدى المريضة في: «إذا فــشلت فـــي إرضـــاء الآخرين، فعندئذٍ سوف يدينونني، ويرفــضونني». ينبغـــي الاحتفـــاظ بمفكرة لرصد هذه التغييرات المزاجيـــة الفارقـــة، لمـــساعدتهم علـــى اكتشاف الافتراضات والقواعد التي تحكمهم.



السهم الهابط [1]

يستخدم هذا التكنيك للكشف عن المعتقدات الضمنية مثل الافتراضات، والقواعد، والمعتقدات الأساسية (Burns, 1999). كما لاحظ بيك وآخرون Beck et al.: إن عديدًا من المرضى غير قادرين على التعبير عن هذه المعتقَدات الضمنية حتى يطلب منهم أن يضعوا في عين الاعتبار المعنى الشخصي الذي تنطوي عليه أفكارهم الأكثر وضوحًا، لذلك فعندما يظهر المرضى مشاعر سلبية أكثر كثافة مما تسببه أفكارهم الآلية السلبية بمفردها، يمكن أن يطلب المعالجون من المرضى أن يتعمقوا قليلاً عن طريق طرح أسئلة متتالية متنوعة تدور حول السؤال «ماذا يعني هذا بالنسبة إليك؟» (1993: 140; emphases in original).

من خلال تعقب المعنى الشخصي للأفكار السُّخنة (المشحونة انفعاليًّا) يساعد المعالج المريض على الكشف عن مستويات التفكير، حتى يتم الكشف عن المعتقَدات الضمنية (المعتقَدات الوسيطة، والأساسية)، ويحدد السهم الهابط المصدر المعرفي لهذه المشاعر القوية، على عكس الاستجابة التلقائية للأفكار الآلية السلبية، يتم قبول كل فكرة تم الكشف عنها على أنها صحيحة مؤقتًا حتى يتم الكشف عن المعتقَد (إذا حدَث تحدّي الأفكار فور ظهورها، فإن هذا من شأنه أن يُقوّض تكنيك السهم الهابط، حيث يُوَجَّه انتباه المريض إلى مكان آخر، بينما تظل المعتقَدات الضمنية غير التكيُّفية سليمة). في المثال التالي، تشعر المريضة بالقلق الشديد بشأن الخروج مع صديق جديد، وتقع تحت قهر فكرة مؤداها «إنه لا يميل إلى الولع بي»:

المعالج: فلنفترض أنه غير مولع بك، فماذا بعد؟↓

↓

المريضة: سوف أصبح عانسًا.

---

(1) The downward arrow.

المعالج: وإذا أصبحت عانسًا، فماذا يزعجك في ذلك؟

↓

المريضة: أليس واضحًا؟

المعالج: أريد أن أسمع منك بدلاً من التخمين، لماذا يكون ذلك مزعجًا بالنسبة إليك؟

↓

المريضة: لأنه لا أحد يريدني.

المعالج: وإذا كان ذلك صحيحًا، فما الذي يعنيه بالنسبة إليك؟ ↓

↓

المريضة: سأكون دائمًا وحيدة، عانسًا.

المعالج: باختصار إذًا: هل تعتقدين أنه «إذا لم يكن أحد يريدني، إذًا سأبقى وحيدة دائمًا، عانسًا».

المريضة: نعم، هذا ما أعتقده.[تم الكشف عن افتراض المريضة وتأكيده] ويشير بيك Beck إلى أن السؤال «ماذا تعني الفكرة بالنسبة إلى المريض» عادة ما يكشف عن مُعتقَد وسيط [قاعدة/ افتراض] والسؤال:«وماذا يعني ذلك بالنسبة إلى المريض؟» عادة ما يكشف النقاب عن المُعتقَد الأساسي (2011: 207; emphases in original). سوف يوضّح كيفية الكشف عن المعتقَدات الأساسية من خلال استخدام السهم الهابط في النقطة ٨١.



الذكريات، وتعليمات الأسرة، والشعارات

لاحظ فينيل Fennell أن القواعد تضرب بجذورها في تجارب الحياة الماضية، وفي بعض الأحيان يمكن أن يرجعها البعض إلى ذكريات مبكرة خاصة، أو لأقوال كانت موجودة في الأسرة التي نشؤوا فيها، وقد يساعدك فهم تلك الأمور في تحديد السياسة التي سوف تتبناها (170 :1999). على سبيل المثال، تذكرت إحدى المريضات مقولة والديها «لا يصيبنك الغرور» عندما «بدأت أثني على نفسي، أو أشعر بالرضا عن نفسي». قالت المريضة إنها ما تزال تتذكر وتتبع أمر والديها، الذي يمنعها الفخر بإنجازاتها، أو الاستمتاع بمدح الآخرين لها، لأن ذلك يعني «أنا مغرورة». قال مريض آخر إن لديه والدين مثاليين، دفعا أطفالهم لكي يكونوا الأفضل في كل شيء يفعلوه: كان شعار الأسرة دائمًا «كن دائمًا الأول» وفي حين أن هذا الشعار قد ساعد المريض على تحقيق نجاح كبير في الحياة من خلال قواعد صارمة، فإن التكاليف الجسمية والنفسية لتحقيق هذا النجاح كانت ضخمة أيضًا.

يتضمن التعرف على أصوات من الماضي، أصوات المعلمين، والأصدقاء، والأقارب، وعلى سبيل المثال، قال أحد المرضى إنه يشعر بالذنب إذا استغل بعض الوقت من حياته المزدحمة في الاستمتاع «يجب أن أكون قادرًا على الاسترخاء، وأن أضحك من وقت لآخر، فما الخطأ في ذلك؟». على الرغم من ذلك، كان الضحك مرتبطًا في ذهنه بالكسل وتضييع الوقت، وعندما سأله المعالج إذا ما كانت هذه الارتباطات مستمدة من الماضي، قال إن أحد المعلمين الذين كان يحترمهم كثيرًا قال له مرارًا وتكرارًا:«الكسل مسموح به فقط في القبر، لا تضيع لحظة من حياتك» وقد استوعب المريض تلك الرسالة التي نتج عنها «تعظيم كل لحظة» وتعظيم الشعور بالذنب عند ضياع الوقت.

تعديل الافتراضات والقواعد



التجارب السلوكية [1]

في هذه النقطة، والنقاط التالية (٧٤-٨٠) سوف تُناقش طرق تعديل الافتراضات والقواعد الأساسية. تُختبَرُ الافتراضات بصورة أفضل من خلال التجارب السلوكية (Padesky and Greenberger, 1995)، ويمكن وضع الجزء «إذا...» من الافتراض، لاختبار إذا ما كان الجزء «إذًا...» سوف يتحقق أم لا، وعلى سبيل المثال، تعتقد إحدى المريضات ما يلي:«إذا قلت ما أريده، إذًا سوف يراني الآخرون أنانية، ويرفضونني» وعلى سبيل التجربة، خرجت المريضة ذات ليلة مع صديقاتها، وذكرت اسم الفيلم الذي تريد أن تشاهده، وأين تريد أن تأكل بعد ذلك، واندهشت حينما وافقت صديقاتها، وسألوها عن سبب عدم إفصاحها عما تريد عادة. وقد تحدثت المريضة في عدة مناسبات تالية لتختبر مزيدًا من افتراضاتها مرة أخرى، دون حدوث أي عواقب سلبية (على الرغم من عدم موافقة صديقاتها على تلبية رغباتها طوال الوقت). أعادت المريضة صياغة افتراضها على النحو التالي «إذا قلت ما أريده، فسوف يراه الآخرون سلوكًا عاديًا، ولكنهم لن يوافقوا دائمًا على فعل ما أريده».

تعتقد مريضة أخرى «إذا تحدثت في مجموعة، إذًا سوف أقول شيئًا غبيًا، وسوف يضحك الجميع مني» وكانت المريضة قلقة بشأن تلك التجربة، وحريصة على التأكد من أنه لن يحدث أي شيء سيئ، ولكن أشار المعالج إلى أنه إذا كانت نتائج التجربة معروفة مسبقًا، فليس هناك داعٍ للتجربة، تحدثت المريضة في مجموعة، وتلعثمت في بعض الكلمات، مما أثار بعض الضحكات المكتومة من بعض أعضاء المجموعة، ومع ذلك لم يضحك معظم أعضاء المجموعة، فتلعثمها في بعض الكلمات ليس دليلاً على الغباء (باستثناء المريضة التي ترى ذلك) ولكنه علامة على عصبيتها، ويمكن النظر إلى الضحك على أنه غير مؤثر، ومرة أخرى ترى المريضة ذلك تأكيدًا إضافيًا على غبائها.

---

1 - Behavioural Experiments.

يجب إجراء مراجعة دقيقة لنتائج التجربة السلوكية، لتجنيب كل من المعالج والمريض القفز إلى الاستنتاجات، وبعد هذه المناقشات التفصيلية، استقرت المريضة على استخدام افتراض صحي بديل، بدلاً من افتراضها القديم غير التكيُّفي: «عندما أتحدث في مجموعات، سوف يكون تركيزي على التعلم وقبول الذات، ولن أرى نفسي غبية، ولن أعير انتباهي لضحكات الآخرين إذا أخطأت في شيء ما» ويقترح فينيل Fennell أن «بدائل الافتراضات غير التكيُّفية يمكن أن تكتب على بطاقات لكي يقرأها المرضى بشكل متكرر، حتى يتصرفوا وفقًا لها، ويصبحوا طبيعيين ثانية» (207 :1989).

يمكن استخدام التجارب السلوكية على الفور، لاختبار مدى فائدة القواعد والافتراضات الجديدة التي يتبناها المرضى، بدلاً من استخدامها أولاً لاختبار مدى مصداقية الافتراضات القديمة، ويشير موني وبادسكي Mooney & Padesky (2000) إلى عدد من المزايا إذا كان التركيز على بناء قواعد وافتراضات جديدة:

١- يحدث التغيير بسرعة أكبر.
٢- تكون عملية التعاون بين المعالج والمريض إبداعية أكثر من كونها تعديلية، بمعنى آخر، خلق إمكانيات جديدة، وليس تعديل فخاخ التفكير القديمة.
٣- زيادة دافعية واهتمام المريض.
٤- يمكن أن يحدث مزيدًا من التغيير إذا أخذ جميع الاحتمالات بعين الاعتبار، بدلاً من النظرة الضيقة الناتجة عن التركيز على أنماط السلوك القديمة.

بعد كل ذلك، ينبغي على المعالج أن يناقش مع مرضاه الطرق المختلفة التي يمكن من خلالها استخدام التجارب السلوكية، بدلاً من افتراض أنهم جميعًا يريدون أن يكونوا مبدعين أكثر من أن يكونوا مصححين لمعتقداتهم القديمة (غالبًا ما يغفل تفكير المعالجين الحماسي حول التغييرات التي يمكن أن يقوم بها المرضى، الحذر المتأصل في تفكير المرضى حول تلك التغييرات).

لا يمكن اختبار جميع الافتراضات باستخدام التجارب السلوكية لتحديد إذا ما كان تنبؤ المريض دقيقًا أم لا، وعلى سبيل المثال «إذا كنت سيئًا في هذه الحياة، إذًا سوف أعاني في الآخرة» كيف يمكن اختبار الجزء «إذًا...» من الافتراض؟ ومن خلال هذا الافتراض يريد المعالج أن يعرف ما الذي يعنيه المريض بكلمة «سيئ»: هل يتصرف عمدًا بطريقة سيئة، أم يقصد الانتهاكات الحتمية التي يقع فيها بحكم أن الإنسان ليس معصومًا من الخطأ؟ وهل ستكون معاناة المريض أبدية، أم ستكون

محددة بوقت معين؟ وهل إله المريض رحيم أم منتقم؟ وهل يمكن مكافأة المريض بدلاً من معاقبته في الآخرة؟ ويحاول المعالج من خلال هذه المناقشات أن يساعد المريض في تكوين رؤية متوازنة لما ينتظره في الحياة الآخرة، بدلاً من رؤيته المتمركزة حول النار والكبريت.

إذا كان المريض غير قادر على اختبار الجزء «إذًا...» من الافتراض، عندئذٍ يستطيع المريض تنفيذ نوع آخر من التجارب السلوكية، وهو إجراء مسح (انظر النقطة ٥٩) على الأشخاص المعنيين بالأمور الدينية، للتأكد من وجهات نظرهم حول هذا الموضوع، ونتيجة لهذا المسح، قال المريض إنه وجد شخصًا «ذا مكانة دينية وأكثر فهمًا لتلك الأمور الدينية» من المعالج لكي يتحدث معه عن مخاوفه وترك العلاج (أخبر المعالج المشرف عليه أنه كافح في التحدث عن الآخرة، ولكنه غير مهتم بما يكفي بالأمور الدينية).



مخالفة قاعدة يلزم ويجب

غالبًا ما يتم التعبير عن قواعد الحياة بصيغة يلزم ويجب الصارمة مثل «يجب ألا أخذل أي إنسان» أو «يجب أن أكون دائمًا قويًا وقادرًا»

إن إحدى طرق تعديل هذه القواعد هي مخالفتها، لتحديد ما إذا كان هناك أي شيء ضمني وغير سار متعلق بهذه القاعدة «يجب أن أكون دائمًا قويًا وقادرًا، وإلا فسوف يتم احتقاري إذا أظهرت ضعفًا وترددًا». على سبيل المثال، كانت القاعدة التي تؤمن بها المريضة هي «يجب أن أقضي ساعات طويلة في العمل باستمرار، وإلا فإن أصدقائي سوف يرونني كسولة، وسوف أفقد احترامهم». وافقت المريضة على تنويع ساعات العمل فحضرت متأخرة إلى المكتب في بعض الأيام، وغادرته مبكرًا عائدة إلى المنزل في أيام أخرى، وكانت المفاجأة، لقد أثنى عليها معظم زملائها في العمل «لقد بدأت في الاعتناء بنفسك بدلاً من المبالغة في العمل» وذكروا أنهم لم ينظروا إليها أبدًا على أنها متهربة من العمل، وأن الأمر يتطلب شيئًا خطيرًا جدًا حتى تفقد احترامهم لها، وعلق عدد قليل من الزملاء أنهم لا يعرفون، وغير مهتمين بعدد الساعات التي تعملها، لأنهم مشغولون جدًا بعملهم الخاص (مما ساعد على تصحيح مبالغتها في تقدير الاهتمام الموجه إليها، والاحترام الذي تحظى به).

إن تعديل القواعد الصارمة يعني جعلها منطقية ومرنة، لقد أصبحت القاعدة الجديدة التي تتبناها المريضة هي «أنا لا أرفض العملَ لساعات طويلة عندما يكون ذلك ضروريًا، ولكن ليس من أجل تغيير الطريقة التي يراني بها زملائي، وسوف أترك الأمر لهم ليقرروا إن كنت جديرة باحترامهم أم لا، وأريد أن أبذل قصارى جهدي في العمل بدلاً من بذل الجهد لكي أثبت نفسي لزملائي» كما أن القواعد الجديدة المنطقية التي تتسم بالمرونة، غالبًا ما تكون طويلة ومفصلة، وتناقض تمامًا مبدأ الكل أو لا شيء الذي يحكم القواعد القديمة: «هذا يعكس حقيقة أن تلك القواعد الجديدة تستند إلى قدرة الشخص البالغ على فهم كيفية عمل العالم على مستوى أعمق، ومراعاة الظروف المختلفة» (Fennell, 1999: 183). يمكن إثبات هذه

القاعدة الطويلة الجديدة عقليًا، ولكن قد يحدث ذلك ببطء، وقد تتعثر المريضة عندما تحاول أن تتذكرها، أو تتدرب عليها، لذا يمكن للمعالج أن يقترح على المريضة صياغة نسخة مختصرة بليغة من هذه القاعدة مثل «كوني نفسك، لا تثبتي نفسك لأحد في العمل» (ويمكن للمريضة التوسع في تطبيق تلك القاعدة على جوانب أخرى في حياتها، حيث تعتقد أنها لا ينبغي أن تفقد احترام الآخرين).



إعادة صياغة العقود الشخصية

يمكن اعتبار الافتراضات والقواعد بمثابة عقود شخصية أبرمها المرضى مع أنفسهم(Blackburn &Davidson, 1995). وعلى سبيل المثال، كان عقد المريضة مع نفسها «إذا ساعدت أصدقائي، فيجب عليهم أن يساعدوني» ومع ذلك، فإن شروط العقد لم يُوفَ بها في كثير من الأحيان، لأن بعض أصدقائها لم يساعدوها عندما طلبت ذلك، مما جعلها تشعر بخيبة أمل شديدة نتيجة «خيانة» أصدقائها لها. يحدد ديفيد بيرنز David Burns ما الخطأ في هذه العقود، فهم يفترضون مبدأ المعاملة بالمثل: «المعاملة بالمثل هي نموذج عابر وغير مستقر بطبيعته، ولا يمكن الوصول إليه إلا من خلال الجهد المتواصل، ويتضمن ذلك توافق الآراء، والتواصل، والتنازل أو المساومة، والارتقاء، وهو يتطلب التفاوض والعمل الجاد (1999: 174). لم تفهم المريضة هذه النقطة المهمة، وافترضت أن أصدقاءها كانوا يعرفون بشكل طبيعي شروط عقدها، لكن الحقيقة هي أن العقد كان أحادي الجانب، وليس ثنائيًا ؛ لذلك كان غير صالح.

من أجل التوقف عن الشعور بخيبة الأمل بعدما خذلها أصدقاؤها، قررت المريضة إعادة صياغة عقدها الشخصي بشروط منطقية، وأكثر واقعية: «عندما أساعد أصدقائي، وهو ما أحب القيام به، لن أتوقع تلقائيًا مساعدة أحدهم لي مقابل ذلك، على الرغم أنه من الجميل أن يساعدني أحدهم في بعض الأحيان». مريض آخر كان قد فقد وظيفته مؤخرًا، ويؤمن بشدة في العقد أحادي الجانب: «بما أنني أريد بشدة الحصول على وظيفة، فعندئذٍ يجب أن أحصل على واحدة»، وللأسف فشلت كل المقابلات التي حضرها لكي يحصل على وظيفة في تحقيق ذلك، وبدأ يشعر باليأس من «غياب العدالة في كل شيء». لقد كان المريض يتجاهل حقيقة بسيطة وهي: يتم اختيار المتقدمين للوظيفة بناء على مهاراتهم ومواهبهم المتعلقة بالوظيفة، وليس على أساس يأسهم أو استحقاقهم، وقد أعاد المريض كتابة عقده لكي يعكس تلك الحقيقة: «أنا أرغب بشدة في الحصول على وظيفة، ولكن لا أحد سيمنحني واحدة، سأستمر في التقدُّم للوظائف، والتأكد من أن مهاراتي مناسبة

للوظائف التي أختارها، وفي كل مرة لن أستطيع فيها الحصول على وظيفة، سوف أسأل القائمين على اختيار المتقدمين عن تقديم ملاحظاتهم لي لكي تساعدني في تطوير مهارات المقابلة، وقد نجح المريض في الحصول على وظيفة في المقابلة الحادية عشرة.



فحص جدوى الافتراضات
والقواعد على المدى القصير والطويل

غالبًا ما يركز المرضى على الفوائد المباشرة التي يمكن الحصول عليها من خلال تبني افتراض أو قاعدة معينة، ويترددون في النظر إلى آثارها الضارة على المدى الطويل، وفي النهاية، لماذا يجب عليهم أن يتطلعوا إلى المستقبل، بينما تحقق لهم الافتراضات والقواعد التي يتبنونها نتائج جيدة في الوقت الراهن؟ ويشير بيك وآخرون Beck et al إلى أن هذا هو الوقت المناسب لفحص هذه الافتراضات والقواعد:

كثير ممن يعتقدون أنهم بحاجة إلى استحسان الجميع، غالبًا ما يشعرون بالسعادة عندما يعتقدون أنهم يحظون بهذا الاستحسان، وغالبًا ما يشعر الآخرون الذين يعتقدون أن قيمتهم تعتمد على أدائهم بالسعادة عندما يؤدون أداءً جيدًا، ووظيفة المعالج هي مساعدة المريض على رؤية الآثار طويلة المدى للعمل بموجب هذه القواعد (Beck et al., 1979: 270; emphasis in original).

يضع المرضى الذين يعتقدون أنهم بحاجة إلى استحسان الآخرين لكي يشعروا أنهم جيدين السيطرة على مشاعرهم في أيدي الآخرين (سواء أدرك هؤلاء الآخرون ذلك أم لا): حيث يجعلهم الاستحسان في حالة مزاجية جيدة، بينما يجعلهم عدم الاستحسان في حالة مزاجية سيئة، ومن المهم بالنسبة إلى الباحثين عن الاستحسان، أن ينظروا إلى الأمام لكي يروا الاضطراب الانفعالي الذي من المحتمل أن يواجهوه عند عدم شعورهم بالاستحسان، والبدء في تبني قواعد وافتراضات أكثر فائدة ولا تجعل قيمتهم الذاتية مشروطة، مثل «من الجميل أن تلقى استحسان الناس، ولكنه ليس ضروريًا، ومن غير المرجح أن يستمر، ومن الأفضل تطوير قبول الذات، مما يعني أنه ليس عليَّ النظر إلى الآخرين لكي أشعر بالرضا عن نفسي، ويمكن أن يكون قبول الذات عاملاً ثابتًا في حياتي، بينما نيل استحسان الآخرين ليس كذلك» ويمكن للمرضى الذين يربطون قيمتهم الذاتية بأداء

معين، كسر تلك الرابطة، من خلال رؤية الذات على أنها غير خاضعة للتقييم، ولكن الأداء فقط هو الذي يخضع للتقييم: «إذا كان أدائي جيدًا أو سيئًا أو محايدًا فليس لذلك أي تأثير على شخصيتي، سوف أتعلم التركيز على تقييم الأداء المعين، وليس تقييم نفسي على أساسه».



صياغة افتراض بديل، يحتفظ بمزايا الافتراض غير التكيُّفي، ويتخلى عن عيوبه

غالبًا ما تتم صياغة الافتراض غير التكيُّفي بعبارات صارمة ومتطرفة مثل «إذا لم أحافظ دائمًا على مستواي المرتفع، فإن هذا سيثبت أنني غير كفء». لم يشعر المريض أبدًا بأي متعة حقيقية عندما حافظ على مستواه المرتفع، لأنه كان دائمًا قلقًا من انخفاض ذلك المستوى، وعندما حدث ذلك أصبح مكتئبًا، وقد أقر المريض بالحاجة إلى تغيير هذا الافتراض، ولكنه خشي إن فعل ذلك أن ينخفض مستواه المرتفع انخفاضًا حادًّا: «أعلم أن ذلك يبدو غريبًا، ولكنه يحفزني على التفكير بتلك الطريقة، وقد حقق لي قليلاً من النجاح».

المعالج: سوف يهدف افتراضك المعدل إلى الحفاظ على النجاح، والدافعية، والتخلي عن تحقير الذات، ومن ثَمَّ تجنب المعاناة من الاكتئاب الناتج عنه.

المريض: يبدو الأمر جيدًا، ولكن كيف يمكنني تغييره فعليًّا؟

المعالج: حسنًا، انظر إلى الجزء «إذا...» من افتراضك، ما الكلمة المسببة للمشكلات في هذا الافتراض؟

المريض: كلمة «دائمًا»، فليس هناك مجال للسماح لنفسي بالتخلي عن مستواي المرتفع، رغم أنني أفعل ذلك أحيانًا.

المعالج: وليس هناك تعاطف أو تفهم عند القيام بذلك، انظر إلى الجزء «إذًا...» من افتراضك.

المريض: أنا قلق من أنني إذا تخليت عن «دائمًا» سوف يهبط مستواي المرتفع إلى متوسط.

المعالج: لقد ذكرت للتو افتراضًا آخر، وتحتاج إلى وضعه تحت الاختبار، أنت تستثمر كلمة «دائمًا» كما لو كانت قوة غامضة، وهي ليس لديها قوة مستقلة عنك، ويمكنك أن تحرمها من القوة إذا توقفت عن الإيمان بها، وفكرت في بديل غير متطرف يؤدي إلى استنتاج مختلف،

ومتعاطف عندما تنخفض عن مستواك، فهل يبدو هذا بــديلاً منطقيًــا بالنسبة إليك؟

المريض: حسنًا، أنا أريد حقًا الاحتفاظ بمستواي المرتفع ولكن...

المعالج: هذه هي البداية.

بعد إجراء مزيد من المناقشات مع المعالج، كان الافتراض الجديد للمــريض، الذي احتفظ بالأجزاء المفيدة من الافتراض القديم، وتخلص مــن الأجــزاء غيــر المفيدة: «أريد حقًا الحفاظ على مستواي المرتفع، ولكن عندما انخفض عنــه، كمــا حدث بالفعل من قبل، فلن أدين نفسي على أنني غير كفء، وبدلاً من ذلك، ســوف أتقبل ما حدث، وأرى ما يمكنني فعله للعودة إلى المسار الصحيح». من الواضــح أن التعبير اللفظي عن الافتراض الجديد في مكتب المعالج، لا يتمتع إلا بقليلٍ مــن القناعة مالم يعمل المريض على دعمه بشكل متكرر وقوي فــي مجموعــةٍ مــن المواقف التي كان يعمل فيها الافتراض غير التكيُّفــي، وبنهايــة العــلاج، واجــه المريض عدة مواقف انخفض فيها عن مستواه المرتفع «لم يهبط مستواه المرتفــع إلى متوسط» وركز على «ما حدث من خطأ وقام بتصحيحه» بــدلاً مــن الإدانــة الذاتية، وقال: إن الوقت الذي أهدره في «المشاعر السيئة وإحباط نفسي» قــد تــم توجيهه الآن إلى الاستراتيجية المثمرة «حل المشكلات».



وضع قائمة بمزايا وعيوب القاعدة أو الافتراض

يمكن تشجيع المرضى على سرد وفحص مزايا وعيوب التمسك بقاعدة أو افتراض معين (انظر النقطة ٥٣ لاستخدام هذا التكنيك مع الأفكار الآلية) وفي المثال التالي، كان افتراض المريض مكتوبًا على السبورة في مكتب المعالج، وقسمت السبورة إلى خانتين:

الافتراض: «**إذا لم أكن متحكمًا في مشاعري، إذًا سوف أصبح مضطربًا وهيستيريًّا**».

المزايا	العيوب
١- إنه يجعلني قويًّا انفعاليًّا.	١- إنه يجعلني أشعر بكبتٍ انفعالي.
٢- سوف يعجب الناس ببرودي.	٢- أقوم بذلك في كثير من الأحيان من أجل الناس لأنني أخاف الكشف عمّا أشعر به في حقيقة الأمر.
٣- لكي أكون أمينًا، أشعر بالتفوق على أولئك الأشخاص مضطربي المشاعر.	٣- لا يدوم الشعور بالتفوق طويلاً، وأبدأ في التساؤل، مَن حقًّا مضطرب المشاعر، هم أم أنا؟.
	٤- يمكن للأشخاص الآخرين التعبير عن مشاعرهم، دون أن يصبحوا مضطربين أو هيستيريين، لم أُعطِ نفسي فرصة لاختبار مشاعري.
	٥- أحيانًا لا أسمح لنفسي حتى بالضحك كثيرًا، لكي لا يظن الناس أنني أصبحت هيستيريًّا.

وكما يحدث عادة مع هذا التكنيك، تفوق العيوب في النهاية المزايا (على الرغم من أن المعالج قد يحتاج إلى حث بعض المرضى على التركيز على

العيوب، حيث إنهم يسردون مزايا قواعدهم وافتراضاتهم بسهولة أكثر من عيوبها) ويمكن أيضًا مطالبة المرضى بإعادة فحص المزايا، من أجل تحديد مدى فائدة تلك المزايا:

المعالج: هل تشعر فعلاً أنك قوي انفعاليًّا؟

المريض: لا، في حقيقة الأمر يمكن لصديق لي أن يضحك أو يبكي، عندما يرغب في ذلك، إنه ليس قلقًا بشأن ما يعتقده الآخرون عنه، هذه هي القوة الحقيقية، فأنا دائمًا قلق بشأن ما سوف يعتقده الآخرون عني إذا كنت تلقائيًّا في التعبير عن مشاعري، لذلك أحاول السيطرة عليها طوال الوقت، أنا في حقيقة الأمر مضطرب المشاعر.

المعالج: ليس من الضروري أن تبقى هكذا.

بما أن العيوب تفوق المزايا، وأن بعض المزايا قد تم الكشف عن أنها عديمة الجدوى، فمن المرجح أن يشرع المرضى في التغيير، ومِن ثَمَّ توليد مزيد من الافتراضات الوظيفية التكيُّفية، كما في المثال السابق: «أود أن أختبر مشاعري، بدلاً من إخفائها باستمرار، والتظاهر بالسيطرة، ولا أعتقد بعد الآن أن التعبير عن مشاعري، عندما يكون ذلك مناسبًا، سوف يؤدي إلى الاضطراب أو الهيستريا، ولكن بدلاً من ذلك، آمل أن يؤدي إلى حياة مفعمة بالمشاعر، والتي حرمت نفسي منها لفترة طويلة» ويمكن للمريض الآن مع هذا الافتراض أن يستكشف إمكانيات جديدة في نفسه، مثل الضحك بشكل صاخب عندما يجد شيئًا مضحكًا جدًّا مقارنة بما كان يسمح به لنفسه سابقًا من الضحك الخفيف لكي يبقى مسيطرًا على ذاته عندما يكون بصحبة الآخرين.



استكشاف التطور التاريخي للافتراضات والقواعد

يشير فينيل Fennell إلى أن «فهم كيف تشكلت الافتراضات غير التكيُّفية يسهل من تعديلها» (206 :1989) ومن ثَمَّ يمكن إجراء تقييم أكثر حيادية لها، ويبدأ هذا التطور عادة في وقت مبكر من الحياة (ولكن ذلك ليس حتميًّا) عندما يشكل الأطفال افتراضاتهم وقواعدهم في ضوء تجاربهم وعلاقتهم بالآخرين، وتساعدهم هذه القواعد والافتراضات في فهم العالم من حولهم، وعلى سبيل المثال، طفلة تتعرض للنقد الشديد من قبل والديها - «أنت شيطانة صغيرة، ولن يحبك أي شخص إذا لم تكوني مهذبة» - بذلت قصارى جهدها «لكي تكون جيدة» وفي نهاية المطاف، أصبح «كونها جيدة» افتراضًا لم يتم الإفصاح عنه: «إذا لم أرضِ الآخرين، إذًا فسوف ينتقدونني، ويرفضونني لكوني غير محبوبة» وعلى الرغم من أن هذه الاستراتيجية «أن أكون جيدة» قد تكون تكيُّفية بالنسبة إلى الطفلة، من أجل تجنب غضب ونقد الوالدين، ولكنها أصبحت غير تكيُّفية في مرحلة الرشد، لأن المريضة أصبحت منقادة في علاقاتها (في المنزل، والعمل، والأنشطة الاجتماعية) ومشغولة لدرجة كبيرة بما يعتقده الآخرون عنها «أنا دائمًا أتساءل عما يعتقده الناس عني، هل يحبونني؟ وهل ضايقتهم بطريقة ما؟ هذا أمر مثير للسخرية، ولكنني لا أستطيع التوقف عنه».

ومن خلال المقارنة والتمييز بين وظيفة الافتراض في الطفولة والرشد، توصلت المريضة إلى استنتاج مفاده أنه لم يعد مجديًا «إنه أمر مرهق جدًّا أن أحاول إرضاء الآخرين، وكذلك القلق بشأن ما إذا كانوا يحبونني أم لا» واستطاعت المريضة أن تطور افتراضًا معتدلاً ويحقق لها الاكتفاء الذاتي: «مازلت أرغب في إرضاء الآخرين في بعض الأحيان، ولكن ليس لأنني أشعر أنني مضطرة لذلك، سأبدأ أيضًا في إرضاء نفسي والتعبير عن رأيي، وإذا تعرضت للنقد أو الرفض، فأنا محبوبة على الرغم مما يعتقده الآخرون عني» وكما هو الحال دائمًا، فإن القاعدة أو الافتراض الجديد يعد نظريًّا فقط عندما يتم الإفصاح عنه في مكتب المعالج، لذلك لكي يتم استيعابه، يجب أن يُمارس في حياة المريض اليومية.

اكتشفت المريضة أنها بالغت في تقدير النقد الذي تعرضت له من قبل الآخرين عندما راجعت نفسها، ومكنها ما تعرضت له من نقد من اختبار قوة معتقدها الجديد، الذي يعني أنها محبوبة على الرغم مما يعتقده بعض الناس عنها «لم أعد منكسرة ولا ممزقة داخليًا مثلما كنت من قبل عندما أعتقد أن شخصًا ما لا يحبني» وكان أحد أكثر التغيرات بهجة كما وصفته المريضة هو:«التحرر من عقول الآخرين، وقضاء مزيد من الوقت في الاستمتاع باهتماماتي الخاصة» وبما أن القواعد والافتراضات غير التكيُّفية تكون طويلة الأمد، فإن فينيل Fennell يحذر من أنه «قد يستغرق الأمر من ستة إلى ثمانية أشهر لكي تصبح القاعدة الجديدة مسيطرة تمامًا، ومادامت القاعدة الجديدة مفيدة لك، وتأخذك في اتجاهات مفيدة ومثيرة لاهتمامك، فلا تتخلَّ عنها» (187 :1999).



استخدام الصور لتعديل الافتراضات

لقد ألقينا نظرة على استخدام الصور في تعديل الأفكار الآلية السلبية، وذلك في النقطة رقم ٥٨ من هذا الكتاب، ونعرض الآن لاستخدام الصور في تعديل الافتراضات غير التكيُّفية، وعلى سبيل المثال، مريضة قلق لديها صور مؤسفة للإغماء في الشارع العمومي، وأنها سوف تصبح موضع سخرية المارة، بينما لم تتجاوز ذلك أبدًا «الإغماء والضحك» وكان افتراضها: «إذا حدث لي إغماءة في مكان عام، إذًا فسوف يسخر الناس مني، ويطلقون علي لقب مخمورة» (وتشير عبارة «في مكان عام» إلى مجموعة متنوعة من المواقف التي تحدث في المحلات التجارية، ومحطة السكك الحديدية، والمكتبة العامة) ويقوم المعالج بتوجيه المريضة بالنظر إلى ما وراء «الإغماء والضحك» للوصول إلى تفسير مختلف للموقف:

المعالج: أغمضي عينيك الآن وتخيلي أنك تعرضت للإغماء في الشارع العمومي، ما الذي يحدث الآن؟

المريضة: أنا فاقدة الوعي، ويشير الناس إلى، ويسخرون مني، ويقولون:«إنها مخمورة».

المعالج: كيف ستعرفين ما يفعله الناس، وما يقولونه، وأنت فاقدة الوعي؟

المريضة: هذا صحيح، لم أفكر أبدًا في ذلك.

المعالج: إلى متى تظنين أنك ستظلين فاقدة الوعي؟

المريضة: فقط لبضع دقائق.

المعالج: ماذا سترين عندما تفتحين عينيك؟ هل هناك أي شخص يضحك أو يسخر منك؟

المريضة: لا، يسألني إذا ما كنت بخير، ويعرض علي استدعاء سيارة الإسعاف.

المعالج: هل تستطعين سماع أي شخص يناديك بالمخمورة، أو أي شيء آخر؟

المريضة: لا أستطيع سماع ذلك، فالناس يشعرون بالقلق، ومهتمون فقط بمساعدتي في الوقوف على قدميَّ، والتقاط حقيبتي.

المعالج: وماذا سوف يحدث بعد ذلك؟

المريضة: يقول الناس وداعًا، وأنا أشكرهم على مساعدتي، ثم سيذهبون إلى أعمالهم التي تعطلت بسبب إغمائي، وأنا عائدة إلى المنزل، وغير متزنة بعض الشيء، ولكنني أشعر أنني بخير عند وصولي للمنزل.

المعالج: ما شعورك الآن حول الإغماء في الأماكن العامة؟

المريضة: أقل قلقًا.

المعالج: وما الذي تغير إذًا؟

المريضة: حسنًا، إذا حدث لي إغماء في الشارع العمومي، فمن المرجح أن يساعدني الناس، أكثر من السخرية مني، أو مناداتي بلقب «مخمورة» [افتراض جديد] ويبدو أنها صورة أكثر واقعية لرد فعل الناس [تفتح المريضة عينيها].

المعالج: هل سبق أن رأيت أي شخص يتعرض للإغماء؟

المريضة: نعم لقد رأيت، رأيت شخصًا تعرض للإغماء في مركز التسوق منذ بضع سنوات، وذهب كثير من الناس لمساعدته، ولا أعرف لماذا أعتقد أن الناس سوف يكونون سيئين معي، هل تعرف؟

المعالج: يمكننا مناقشة ذلك لاحقًا في الجلسة القادمة، اتفقنا؟ [أومأت المريضة بالموافقة] مع تدريب الصور هذا الذي قمنا به، ستحتاجين إلى ممارسته بشكل منتظم لتثبيت هذه النتيجة الواقعية في ذهنك.

المريضة: أستطيع أن أرى المنطق في ذلك.

وفي هذه المرة مكنت تدريبات التخيُّل(Lazarus, 1984) المريضة من بناء افتراض جديد يستند إلى تقييم واقعي لردود فعل الآخرين المحتملة تجاه مأزقها، الذي دعمته ذكرياتها الخاصة حول رد فعل الناس تجاه الشخص الذي تعرض للإغماء، وإذا كانت المريضة ترغب في إدراج شخص يناديها «بالمخمورة» في التدريب على التخيل، عندئذٍ كان على المعالج أن يسألها: «من يعرف معلومات دقيقة عنك، أنت أم شخص غريب تمامًا عنك؟» وفيما يتعلق بسؤال المريضة عن السبب الذي يجعل الناس يتعاملون معها بقسوة إذا تعرضت للإغماء، اتضح أنها عوملت بطريقة سيئة في علاقات سابقة ورأت مثل هذا السلوك من قبل «ذلك أمر طبيعي في حياتي الحالية، فلماذا يعاملني الناس بطريقة مختلفة إذا تعرضت للإغماء؟».

الكشف عن المعتقدات الأساسية



السهــم الهابــــط

عندما يتم الرد على الأفكار الآلية السلبية، وتعديل القواعد والافتراضات غير التكيُّفية، تصبح المعتقدات الأساسية هي الهدف التالي للتدخل العلاجي (إذا كان ذلك مبررًا من الناحية الإكلينيكية - انظر النقطة ١٦) والمعتقدات الأساسية هي تقييمات أولية (جوهرية)عن أنفسنا (على سبيل المثال«أنا لست جيدًا بمـــا يكفـــي») وعـــن الآخرين (على سبيل المثال «لا يمكنك الوثوق بأحد») وعن العـــالم (علـــى ســـبيل المثال «كل شيء ضدي») هذه أمثلة للمعتقدات الأساسية غير التكيُّفية - التي تتسم بالعمومية والتصلب - والتي يساعد المعالجون المعرفيون السلوكيون مرضاهم في الكشف عنها، وفي هذه النقطة، والنقاط التالية (٨٢-٨٤) ســوف نوضـــح طــرق الكشف عن المعتقدات الأساسية، وفي تكنيك السهم الهابط (السابق شرحه في النقطة ٧١ للكشف عن المعتقدات الوسيطة للمريض) نتتبع المعنى الشخصي الذي يتبنــاه المريض حول كل فكرة يُكشف عنها، حتى يكشف عن المُعتقَــد الأساســي، ومـــن المهم ألا يتورط المعالج في تحدي أفكار المريض، لأن ذلك سوف يمنع السهم مـــن الهبوط لأسفل بعيدًا جدًّا، ولا ينبغي أن يسأل أسئلة طويلة ومملة، مـــن شـــأنها أن تشتت انتباه المريض عن التركيز العميق، الذي يكون مطلوبًا لإنجاز هذا التـــدريب بنجاح، أو إدراج تفسيراته الخاصة لمشكلات المريض في أسئلته (على سبيل المثال «يبدو لي أن ما تقوله حقًّا إنك شخص غير ناجح، فماذا يعني لك أن تكون شخصًا غير ناجح؟»). في المثال التالي، تشعر المريضة بالقلق الشديد من رغبة زوجهـــا المفاجئة في البقاء في العمل لوقت متأخر:

المعالج: ما الذي يثير قلقك في ذلك؟

↓

المريضة: قد يكون على علاقة غرامية بأحد.

المعالج: وإذا كان على علاقة غرامية، فماذا بعد؟

↓

المريضة: حسنًا، سيهرب مع العاهرة.

المعالج: وإذا كان سيهرب مع «العاهرة»؟

↓

المريضة: [أصبحت باكية] سأصبح وحيدة، وغير مرغوبة.

المعالج: وماذا يعني عن نفسك أن تصبحي وحيدة، وغير مرغوبة؟

↓

(سؤال المريض «ماذا يعني هذا عنك؟» بدلاً من «لك» عادة ما يكشف عن معتقد أساسي – انظر النقطة ٧١)

المريضة: إنني غير جذابة، ومثيرة للاشمئزاز [المعتقد الأساسي].

في المثال السابق، كانت المريضة قلقلة جدًا بشأن سلوك زوجها، وكما لاحظ بادسكي Padesky: «إن التساؤل حول معنى الأحداث شديدة التأثير [المشاعر] سوف يؤدي بسرعة إلى تحديد المخططات [المعتقدات الأساسية]» (1994: 269).



صيغـــة الوصـــــل [١]

يشير هذا التكنيك إلى استخدام المعالج لعبارات مثل «وهذا يعنـــي...»، «وإذا كان هذا صحيحًا...» أو «إذًا» وذلك لتسريع قطار أفكار المريض نحـــو وجهتـــه المعرفية (أي المعتقد الأساسي) من خلال تشجيعه على الكشف عن جميع أفكـــاره (DiGiuseppe, 1991b)، وفي هذا التكنيك يقوم المعالج بإزالة النقطة فـــي نهايـــة الجملة التي قالها المريض، ويستبدلها بجملة الوصل كما في المثال التالي:

المريضة: ربما أفسدت الأمور بشدة في أول موعد غرامي لي.

المعالج: وإذا كنت فعلت ذلك...؟

المريضة: سوف تكون كارثة.

المعالج: وهذا يعني...؟

المريضة: أنني حمقاء [المعتقد الأساسي].

لاحظ ديجوسيب DiGiuseppe (1991b: 168) أن «ميزة هذه الطريقـــة أنهـــا تحافظ على تركيز المرضى على أفكارهم، وكلما قل كلام المعالج، قل رد المرضـــى على كلمات المعالج أو التحقق من فهم المعالج لهـــم، وتجعـــل (صـــيغة الوصـــل) المرضى يركزون على معنى عباراتهم» ولقد استخدمنا مصطلح «الاقتصاد اللفظي» لتوصيل المعنى نفسه الذي أشار إليه ديجوســـيب (Neenan and Dryden, 2000)، وفي بعض الأحيان يحتاج المعالج إلى فحص استخدام المريض المميز للغة من أجل استنباط المُعتقَد الأساسي الذي تعكسه عبارات المريض، وعلى سبيل المثـــال، كلمـــة «أحمق» تعني «أنا غبي» وتعني «نوع من الناس الذين يخيّبون ظن الآخرين بهـــم» وتُترجَم إلى «أنا ممل» وكذلك المصطلح الذي يستخدمه المريض «خامـــل تمامًـــا» يُترجَم إلى أنه «ميؤوس منه تمامًا مع النساء» وهذا المُعتقَد الأساسي يعكـــس جانبًـــا معينًا من الذات (العلاقات مع النساء) وليس التعليق على الذات بأكملهـــا أو إدانتهـــا، وعلى سبيل المثال، عندما يقول المريض إنه «عديم الجدوى» يحتاج المعـــالج إلـــى اكتشاف مدى شيوع أو انحصار هذا المُعتقَد في حياة المريض، بدلاً من القفـــز إلـــى الاستنتاجات حول انتشاره المفترض في حياته.

---

1 - Conjunctive phrasing.



تكميـــل الجمــــــل

بما أن المعتقَدات الأساسية تصاغ بمصطلحات عامة، يمكن للمعالج أن يكتـــب على السبورة أو على الورق الجمل التالية غير المكتملة، ويطلب من المـــريض أن «يملأ الفراغات» من أجل تحديد معتقداته الأساسية، حـــول الـــذات، والآخـــرين، والعالم:

- أنـــا ... عاجز ← «إنسان».
- الناس ... تهديدًا ← «يمثلون».
- العالم ... خطير ← «مكان».

يمكن أن يكون هذا الأسلوب البسيط مفيدًا جدًّا بالنسبة إلـــى المرضـــى ذوي القدرات العقلية، واللفظية المحدودة، ومثال آخر لتكميل الجمـــل، هـــو أن يكـــشف المريض عن مُعتقَد أساسي من خلال تحفيز المعالج له:

المريض: شعرت بالرعب الشديد من أن ورشة العمل قد تفشل تمامًا.

المعالج: لماذا تشعر بالرعب الشديد من أن ورشة العمل قد تفشل تمامًا؟

المريض: لأن هذا سوف يثبت للعالم أنني مزيف [المُعتقَد الأساسي] ليس لديَّ أي قدرة أو مهارة لكي أنظم ورشة العمل.

ويستخدم تكنيك تكميل الجمل عندما يفشل أسلوب سؤال المريض عن معتقَداته الأساسية بصورة مباشرة، إن سؤال المريض هي الطريقة الأكثر مباشرة لاستثارة المعتقَدات الأساسية، ولا يجب التغاضي عن استخدام هذا التكنيك لمجرد أن المعالج يفضل استخدام التكنيكات المعقدة مثل تكنيـــك الـــسهم الهـــابط لإظهـــار مهاراتـــه الإكلينيكية، ومن خلال خبرتنا، فإن بعض المرضى يعرفون معتقَداتهم الأساســـية، وسوف يخبرون المعالج عنها بسهولة عندما يطلب منهم ذلك، لذلك لن تكون هناك حاجة إلى التكنيكات التقليدية في هذه الحالة.



المعتقدات الأساسية كما لو كانت أفكارًا آليّة

كما قلنا في النقاط السابقة، فإن الأفكار الآليّة السلبية عادة ما تكون هي الهدف الأول في العلاج المعرفي السلوكي، لأنها تعد أسهل مستوى من الأفكار يمكن تعديله من أجل تخفيف الأعراض لدى المرضى، ومع ذلك قد يواجه المعالج مشكلات في محاولة تعديل أفكار آليّة سلبيّة معينة، لأنه في حقيقة الأمر يحاول تعديل مُعتقَد أساسي، وليس فكرة آلية سلبية، وربما ساهم افتقار المعالج إلى المعرفة والخبرة في حدوث هذا الخطأ غير المقصود، أو اعتقاده أن المريض سوف يعرف تلقائيًّا ما الأفكار الآليّة بمجرد شرحها له، وفي المثال التالي، يختفي مُعتقَد المريضة الأساسي في سيل أفكارها الآليّة، ولكن يَكتشِفُه المعالج: ما الأفكار التي دارت في ذهنك عندما أخبرك رئيسك في العمل بالاستغناء عنك؟

المريضة: اللعنة! ليس مجددًا، لقد كنت أعمل بجد، كيف تتحول الأمور هكذا؟! أنا أستحق أفضل من ذلك، لقد كان مديري غير متعاطف معي حيال ذلك، حيث قال: مبدئيًّا، أخلي مكتبك وبعدها أنت مفصولة، ثم قال فجأة شكرًا لك سيدتي، كيف يفترض أن أسدد قرض السكن؟ كل ما أفعله هو الكفاح، الكفاح، الكفاح «لماذا كل هذا العناء؟!» وإنني أتساءل: أنا فاشلة؟ [المُعتقَد الأساسي] هذا هو السبب، وتبدأ العملية بكاملها مرة أخرى: البحث عن وظيفة مرة أخرى، ومزيد من المقابلات المدمرة للروح، من قال إن الحياة سهلة؟ أتمنى لو كانت كذلك في بعض الأحيان، لا أعرف...، ربما تسير الأمور نحو الأسوأ بالنسبة إليّ.

المعالج: يبدو أنك تمرّين بأوقات عصيبة، ولكن قبل أن ننظر إلى هذه المشكلات بمزيد من العمق، ينبغي لفت انتباهك إلى شيء ما قد قلته «أنا فاشلة» فهل هذه وجهة نظرك الأساسية، أم أنها تتعلق فقط بالمشكلات التي واجهتك في عملك الحالي؟

المريضة: لست متأكدة حقًا، عندما تكون الأوقات عصيبة، أظن أنني أرى نفسي فاشلة، ولكن عندما تكون الأمور على ما يرام، أرى نفسي على ما

يرام، طبيعية، وبالتفكير في الأمر الآن، أرى نفسي فاشلة أكثر من رؤيتي لنفسي على أنني على ما يرام.

المعالج: هل تريدين الآن التركيز على مُعتقَد «أنا فاشلة» أم تركه إلى وقت لاحق في العلاج؟

المريضة: لا، اتركه لوقت لاحق، إنني أفقد وظيفتي وأبحث عن وظيفة أخرى، وهذا ما أريد أن أتحدث عنه، فهذا هو الصراع الحقيقي في حياتي في الوقت الحالي.

عندما يُكشَف عن مُعتقَد أساسي في مرحلة استكشاف الأفكار الآليّة، فإن المعالج يريد التأكد مما إذا كانت المريضة تدرك أنها كشفت عن مُعتقَد أساسي، وتعرف أهميته المفترضة في استمرار مشكلاتها الانفعالية، وإذا كانت تدرك أهميته، فهل هي مستعدة وراغبة وقادرة على العمل عليه، أم أنها تريد تأجيل العمل على المخطط [المُعتقَد الأساسي] إلى أن تكتسب بعض مهارات العلاج المعرفي السلوكي من خلال العمل أولاً على الأفكار الآليّة السطحية، وبصفة عامة، عادة ما يُعمَل على المخططات في وقت لاحق من العلاج المعرفي السلوكي، وليس في وقت مبكر، لأنه «يعتقد أن تحدي المعتقدات الأساسية في وقت مبكر من العلاج، سوف يكون له نتائج عكسية، حيث قد يشعر المريض بالتهديد، ومن ثم مقاومة التغيير» (Blackburn and Davidson, 1995: 82) ومع ذلك، يبدأ تحديد وتعديل المعتقدات الأساسية الجامدة طويلة الأمد «على سبيل المثال: أنا سيئة» لدى المرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية في وقت مبكر من العلاج، حيث تنشط هذه المعتقدات عبر مدى واسع من المواقف، وتكون شبه دائمة لدى هؤلاء المرضى، وكما يقول ديفيدسون Davidson «المعتقدات الأساسية هي نفسها الأفكار الآلية لدى مرضى اضطرابات الشخصية» (2008: 45).

تطوير وتدعيم المعتقدات الأساسية البديلة



تثقيف المرضى حول المعتقدات الأساسية

يعد تثقيف المرضى حول المعتقدات الأساسية أو المخططات بمثابة مقدمة لتعديلها، وعادةً ما تتشكَّل المعتقدات الأساسية في ضوء خبرات التعلم، في وقت مبكر من الحياة، ومع ذلك يمكن تشكيلها في وقت متأخر، وعلى سبيل المثال، شخص كان يفخر بنفسه كونه قويًّا وماهرًا، أصبح يدين نفسه بأنه «ضعيف وعاجز» لعدم قدرته على العودة مرة أخرى إلى نمط حياة ضاغط بعد تعرضه لحادث سيارة، ويمكن أن تكون المعتقَدات الأساسية إيجابية (مثل «أنا محبوبة») أو سلبية (مثل «أنا غير محبوبة») لدى معظم الناس على حد سواء، وتعالج المعتقَدات الأساسية المعلومات الواردة إلينا، ومِن ثَمَّ تحدد كيفية إدراكنا للأحداث، بمعنى أنه يمكننا أن نرى فقط ما تسمح لنا المعتقَدات الأساسية أن نراه، وغالبًا ما تنشط المعتقَدات الأساسية السلبية، وتمر إلى وعينا في أوقات الاضطراب الانفعالي، مثل المريض الذي يصاب بالاكتئاب بعد انتهاء زواجه، حيث يعتقد «أنا بلا قيمة من دونها» ومع هذا المُعتقَد السائد في تفكيره، تُستبعَد أي معلومات أو خبرة تتعارض مع مُعتقَده، أو تُشوَّش، أو تُتجاهَل، وسوف يقوم المريض بمعالجة المعلومات التي تؤكد هذا المُعتقَد بمزيد من الفاعلية.

على سبيل المثال، يرفض المريض أي طمأنات من أصدقائه بشأن أنه ما يزال ذا قيمة بالنسبة إليهم، لأن هذه المعلومات تناقض نظرته إلى نفسه بأنه غير ذي قيمة، وبدلاً من ذلك، يركز على المعلومات التي تتسق مع نظرته إلى نفسه: «إذا كنت ما أزال ذا قيمة كبيرة بالنسبة إليهم، فلماذا أصبحت زياراتهم لي أقل وأقل، منذ أن تركتني زوجتي؟ إنهم كاذبون» كما يمكن أن يُسأل المرضى عن ماهية حياتهم إذا ما اعتنقوا معتقدات أساسية أكثر إيجابية عن أنفسهم، وكيف يرون مستقبلهم عندما يسيطر هذا المعتقد الجديد على حياتهم، وتمثل هذه المعلومات اكتشافًا بالنسبة إلى بعض المرضى، لأنهم يرون الآن أن الحياة ليست متعسفة معهم «اختارتني لتجعلني أعاني» إلا أن المسار الذي اتخذوه في الحياة يعكس معتقداتهم الخاصة.

هناك ثلاث استجابات سلوكية أساسية غير تكيُّفية تستخدم للتعامل مع المخططات السلبية (Young et al., 2003):

١- الاستسلام – يقبل المريض أن المعتقد صحيح (على سبيل المثال «أنا في المرتبة الثانية») ويتصرف وفقًا لذلك، من خلال عدم توقع كثيرٍ من حياته، أو دفع نفسه لتحقيق النجاح.
٢- التجنب – يتجنب الشخص المواقف التي ربما تثير المعتقد والمشاعر غير السارة المرتبطة به (مثل، التنحي جانبًا، في حالة لم يتحدث أحد إليه).
٣- الإفراط في التعويض – يحارب الشخص ضد الاعتقاد لكي يثبت أنه ليس في المرتبة الثانية (على سبيل المثال، يبدأ في مشاريعه الخاصة).

قد يظهر المرضى جميع الاستجابات السلوكية الثلاث، ولكن مع بروز بعضها على الآخر(مثل الاستسلام والتجنب) ينبغي ألا يكون تثقيف المرضى حول المعتقدات الأساسية مفصلاً أو مطولاً، وعلى سبيل المثال، المريضة التي ترى نفسها غبية، يخبرها المعالج (مع أمثلة توضح وجهة نظره) أنها تفكر وتتصرف مرارًا وتكرارًا بطرق تؤكد غباءها، ولكي تتوقف عن تأكيد هذا الاعتقاد، فهي تحتاج إلى التفكير والتصرف بطريقة تدعم من خلالها معتقدًا أساسيًّا جديدًا مرنًا حتى يُطوَّر (كما سوف يكون في الخطوة التالية): «هذا سهل الاستيعاب، ولكن هل سيكون من السهل تغيير اعتقادي؟ يبدو الأمر صعبًا جدًّا بعد كل هذه السنوات، وأخشى قليلاً أن أكون محقة» ويمكن للمعالج أن يجيب «يتطلب الأمر بعض العمل الشاق والمخاطرة، ولكن التغيير ممكن بالتأكيد».

في حين يبدو تغيير المخططات مليئًا بالإمكانيات المثيرة للاهتمام، إلا أنه بالنسبة إلى بعض المرضى محفوف بكثير من القلق حول ما سوف يتركه هذا التغيير من أثر على أنفسهم وعلى الآخرين، ويقررون ترك العلاج في هذه المرحلة:

يحتاج المعالج إلى احترام قرار المريض الذي اتخذه، وإتباع خطاه فيما إذا كان يريد مواصلة تغيير المخطط أم لا، ومن واقع خبرتي، فإن كثيرًا من المرضى ينظرون نظرة متطرفة إلى تغيير المخططات، ويختارون عدم القيام بتلك القفزة، بسب خطورة تبعات تغييرها(Dobson, 2012: 86).

يمكن مراجعة التقدم في العلاج بالنسبة إلى هذه النقطة، ويظل تغيير المخطط خيارًا قائمًا إذا عاد المريض إلى العلاج في وقت لاحق، ويمكن أن ينتهي العلاج بشعور من الارتياح المتبادل تجاه ما تم تحقيقه، بدلاً من شعور المريض بالفشل تجاه تجنبه تحدي تغيير المخطط، وأن المعالج غير ماهر بما يكفي لتشجيعه على القيام بذلك.



تطوير معتقدات أساسية بديلة

بمجرد أن تُحدَّد المعتقدات الأساسية الخاصة بالمريض، ويُثقَّف بشأنها، فمن المهم تطوير معتقدات جوهرية جديدة تكيُّفية، وينصح موني وبادسكي Mooney and Padesky (2000) بأنه ينبغي أن تصاغ تلك المعتقدات الجوهرية الجديدة من خلال كلمات المريض الخاصة – يجب ألا تكون عكس المعتقد الأساسي القديم (على سبيل المثال «أنا غير كفء» مقابل «أنا كفء» أو «أنا عديم القيمة» في مقابل «أنا ذو قيمة») وأن ينصبَّ تركيزُ الانتباه الإكلينيكي على بناء وتقوية المعتقدات الجديدة، بدلاً من تعديل المعتقدات القديمة غير التكيُّفية، وقد يظن بعض المعالجين أن إخضاع المعتقد الأساسي غير التكيُّفي إلى التدقيق والفحص الإكلينيكي، سوف يؤدي بطبيعة الحال إلى تقويضه، وسوف يكون المريض فيما بعد متحررًا من سطوته المسببة للاضطراب، ومع ذلك، وكما يشير ديجيسيبي DiGiuseppe (1991a: 181) فإن تحدي المعتقدات غير التكيُّفية ليس كافيًا لتغييرها:

كثيرًا ما يحتفظ الناس بالمعتقدات التي يرون أنها غير صحيحة منطقيًّا، ولا تؤدي إلى تنبؤات واقعية دقيقة، ولكن ليس لديهم أفكار بديلة يتبنونها بدلاً من تلك المعتقدات غير الصحيحة، ويمتلئ تاريخ العلوم بكثيرٍ من هذه الأمثلة، فالناس لا يتخلون عن الأفكار وفقًا للأدلة المضادة لها، ما لم يكن لديهم فكرة بديلة تحل محل تلك الأفكار الخطأ.

لذلك يجب على المعالج أن يشجع مرضاه على التركيز على الكيفية التي يرغبون في أن يكونوا عليها، بدلاً من السماح لهم بالبقاء على حالهم، ويمكن البدء في هذا التركيز من خلال سؤال المرضى عن شيء ما كالتالي:

المعالج: كيف ترغب أن تكون؟

المريض: لست متأكدًا.

المعالج: فلنفكر في الأمر الآن، لا نريد أن نقضي بقية العلاج في الحديث عنك كفاشل.

المريض: أنا أيضًا لا أريد ذلك، أفترض أنني أريد أن أرى نفسي على درجة عالية من الكفاءة.

المعالج: وكيف يمكن أن تبدو حياتك إذا كنت «على درجة معقولة من الكفاءة»؟

المريض: حسناً، سوف أتعلم كيف أتعامل مع الحياة بطريقة سلسلة، ولا أقضي أوقاتًا عصيبة عندما تسوء الأمور، وأود أن أتمكن من الإشادة بنفسي عندما أتصرف بصورة صحيحة، أنا لا أعرف ماذا يمكنني أن أقول أكثر من ذلك.

المعالج: يبدو هذا جيدًا، هذه بداية جيدة.

لا ينبغي أن يتوقع المعالج أن يتشكل المعتقد الأساسي الجديد للمريض بشكل كامل وقوي في بداية العمل على المخططات: سوف تُعزَّز درجة قناعة المريض في معتقده الجديد تدريجيًّا، وذلك من خلال جمع الأدلة التي تدعمه، وعلى الجانب الآخر سوف تضعف درجة قناعته في المعتقد القديم من خلال إعادة فحص الأدلة التي أدت إلى استمراره.

يمكن أن يكون العمل على المعتقدات الأساسية بسيطًا نسبيًّا أو أكثر صعوبة، في الفئة الأولى، لدى المريض معتقد أساسي إيجابي «أنا محبوب إلى حد كبير» ولكن من الصعب الوصول لذلك الآن بسبب مزاجه السيئ بسبب شجار مع صديقه المفضل «أنا أشعر أن لا أحد يحبني الآن، لقد كنا أصدقاء منذ طفولتنا» ويقترح بادسكي (1994) Padesky أن الإتيان بأدلة مناقضة لما يراه المريض «لنكتب قائمة بأسماء من ما زالوا أصدقاءك» يمكن أن يعيد تنشيط المعتقد الإيجابي لدى المريض، ويحسن مزاجه السيئ في غضون بضع جلسات علاجية.

وفي الفئة الأخيرة، إذا لم يكن هناك اعتقاد جوهري إيجابي يمكن للمعالجين أن يدعموه، بسبب مشكلات المريض طويلة الأمد التي تداخلت مع تطور مثل هذا المعتقد (كان المريض يرى نفسه دائمًا «سيئًا») والخطوة الأولى بعد ذلك هي تحديد المعتقد الإيجابي، حتى لو كان من الصعب القيام بذلك في ضوء حالة المريض المضطربة، ويتم ذلك حتى بالنسبة إلى المريض الذي ليس لديه أي مساحة لتخزين معلومات تتعارض مع معتقده السلبي، وحتى بدون وجود بديل واضح (حتى لو لم يكن المريض يؤمن به إلا في حدوده الدنيا، وحتى لو كان على المستوى العقلي فقط وليس على مستوى المشاعر) (Fennell, 1997: 14).



استخدام المتصل

غالبًا ما تصاغ معتقدات المريض الأساسية السلبية وفقًا لمصطلحات مبدأ الكل أو لا شيء مثل «أنت إما ناجح وإما فاشل في الحياة، وأنا أحد إخفاقات الحياة». إن استخدام المتصل (مقياس يتراوح بين صفر و١٠٠%) يضفي اللون الرمادي على تفكير المرضى، مما يساعدهم على إجراء تقييمات أكثر توازنًا وواقعية لأنفسهم، وللآخرين، والعالم (للوصول في النهاية إلى نقطة منتصف هذا المتصل) ويقترح بادسكي وجرينبيرجر Padesky and Greenberger أن «المقياس أو المتصل أكثر فائدة من الناحية العلاجية عند بناء وتقييم المخطط الجديد أكثر من المخطط القديم، وعادة ما يكون التغيير البسيط الذي يعزز المخطط الجديد، أكثر فائدة للمريض من التغيير البسيط الذي يضعف المخطط القديم» (1995: 144).

على سبيل المثال، إذا تم تقييم تغيير المخطط عبر متصل يركز على المعتقد القديم «أنا عديم القيمة» فقد يقرر المريض أنه «عديم القيمة الآن بنسبة ٦٠%» ويرى أن وظيفة العلاج هي مساعدته على الحد من الشعور بعدم الجدوى، في حين أنه إذا تم تقييمه عبر متصل من خلال المعتقد الجديد «أنا بخير كإنسان» فمن شأن ذلك إثارة التفاؤل حول أن نظرته الجديدة لنفسه تكتسب مزيدًا من الأهمية «لقد زادت بمقدار يتراوح بين ١٥ و٢٠% منذ آخر مرة رأيتك فيها» وعندما يتكوَّن المتصل، يجب على المعالج مساعدة مرضاه على تحديد نقطة النهاية على المتصل بصورة قاطعة حتى يتمكن من أن يروا بوضوح أن هناك تغييرًا يحدث (إذا لم يكن هناك تباين واضح جدًّا بين هذه النقاط النهائية أي نقطة البداية ونقطة النهاية، فسوف يحد ذلك من إدراك المريض لمقدار التغيير الذي يحققه) وفي المثال التالي، حدِّدت النقطة «صفر»، والنقطة «٥٠»، والنقطة «١٠٠ %» من قبل المريض:

المعتقد الأساسي الجديد: **«أنا كفء بدرجة معقولة».**

٠ %	٥٠ %	١٠٠ %
غير كفء على الإطلاق	أحيانًا كفء وأحيانًا لا.	كفء دائمًا

يطلب من المريض أن يضع علامة × على موضعه على المتــصل «مــثلاً: عشرة بالمائة»، ويمكن أن يكون المتصل نقطة مرجعية لمراقبة تقدم المرضى نحــو نقطة المنتصف، استنادًا إلى المعلومات والأدلة التي جُمِعَت من مصادر مختلفة، مثل سجلات البيانات الإيجابية (انظر النقطة ٨٨) وقد يرغب عدد قليل من المرضى في الوصول إلى النقطة ١٠٠ % في نهاية المطاف، ولكن هذا يعنــي أن مــا بــدأناه كمعتقد إيجابي تحول تدريجيًا إلى معتقد غير تكيُفي (حيث إنه من غير المحتمل أن يكون المريض كفؤًا دائمًا في كل ما يقوم به). لقد تم تــصميم المتــصل لمــساعدة المرضى على تطوير رؤية شاملة (ليست متصلبة) لأنفسهم، ولخبراتهم الحياتيــة، لذلك يجب على المعالجين تشجيع مرضاهم على استخدام توصيف كمّــي لوصــف أنفسهم – على سبيل المثال:«أكون ذكيًا في بعض الأحيان»،«كثيرًا ما أكون جــذابًا للناس» (Leahy, 2003: 246;emphases in original).



سجلات البيانات الإيجابية [1]

تساعد هذه السجلات المريضة على جمع المعلومات خلال الأسابيع والأشـــهر القادمة، لتدعيم معتقدها الجديد التكيُّفي، ومقاومة ميلها للتركيز فقط على المعلومات التي تدعم معتقدها القديم غير التكيُّفي، وبمعنى آخر، لتصحيح أسلوبها الخاطئ في معالجة المعلومات، وتتمثل الصعوبات الأساسية في جمع المعلومات الإيجابية فـــي انعكاس المعتقد الأساسي القديم لتشويه أو حجب أي معلومـــات تتعـــارض معـــه، ويشبه بادسكي Padesky(1994) هذه الاستجابة الاعتيادية بالتحيز ضد الـــذات أو الآخرين (يقول فلو Flew إن التحيز يشير إلى المعتقدات التي يـــتم تـــشكيلها قبـــل النظر في الأدلة بصورة صحيحة أو معارضتها [1975:29])، وعلى سبيل المثال، نجد أن المعتقد الأساسي الجديد لدى المريض هو «أنا جذاب بالنسبة إلـــى بعـــض النساء» ولكن عندما يبدو أن أمرأة مهتمة به في حفلة، يظهر معتقده القـــديم «أنـــا غير جذاب بالنسبة إلى النساء، ثم ينحدر إلى: «إنها تقضي معي بعض الوقت فقط حتى تجد شخصًا آخر تعجب به» وقد أصبح المريض يائسًا لأن المعتقد القديم هو: «تلك هي الحقيقة المؤكدة، وأنا أحاول أن أخدع نفسي إذا صدقت أي شـــيء آخـــر خلاف ذلك»:

المعالج: ماذا حدث مع المرأة التي بدت مهتمة بك؟

المريض: ذهبت لتتحدث مع شخص آخر، هذه هي قصة حياتي.

المعالج: لماذا تحدثت معك في أول الأمر؟

المريض: [يهز كتفيه] لم تجد أحدًا سواي لكي تتحدث إليه.

المعالج: هل كنت الشخص الوحيد في الحفل؟

المريض: بالطبع لا، كانت الغرفة مزدحمة جدًا.

المعالج: كيف كانت تتصرف نحوك؟

المريض: أود أن أقول إنها كانت مشرقة ومبتهجة.

---

1 - Positive data logs.

المعالج: وكيف استجبت؟

المريض: حاولت أن أكون مشرقًا ومبتهجًا، ولكني كنت أفكر «أنا معجب بك، ولكنني أعلم أنك لست معجبة بي، وفي حقيقة الأمر أنت لا تودين التحدث معي».

المعالج: ماذا حدث مع تلك الأفكار التي كانت تدور في رأسك؟

المريض: كافحت لمواصلة المحادثة، وكنت منشغلاً جدًا بما يدور في رأسي، لقد كنت مشتتًا من تلك الأفكار، ولم أكن أركز على ما كانت تقوله، وشعرت بعدم الارتياح، وبدا الأمر محرجًا بعض الشيء، ثم تحولت نحو شخص آخر.

المعالج: هل كان من الممكن أن تظل بصحبتك لفترة أطول، لوكنت قد أخرت إنهاء المحادثة معها؟

المريض: كان ذلك ممكنًا.

المعالج: هل من الممكن أيضًا أنها كانت قد تحدثت إليك في أول الأمر لأنها أعجبت بك، أو على الأقل لأنك كنت تبدو مثيرًا للاهتمام بالنسبة إليها؟

المريض: نعم، هذا ممكن أيضًا، حسنًا، أعلم ما تقودني إليه، وأنا على استعداد للاعتراف فقط بأنها قد تكون انجذبت نحوي، أو اهتمت بي، وأنا من أفسدت الأمر.

عندما يكون لدى المرضى قناعة ضئيلة بمعتقداتهم التكيُّفية الجديدة، قد يكون من الصعب عليهم استخراج أي معلومات إيجابية من تجاربهم اليومية، لذلك يجب أن يكون المعالج في حالة تأهب في كل جلسة، لمساعدة مرضاه في تحديد معلومات دعم المخطط، أو بمعنى آخر أن يكونوا متفتحي الذهن بدلاً من أن يكونوا منغلقي الذهن في معالجة المعلومات التي تدعم معتقداتهم الجديدة.



التصرف «كما لو كان»

يشير هذا التكنيك إلى تصرف المريض كما لو كان اعتقاده الجديد صحيحًا، على الرغم من أنه قد لا يكون مؤمنًا به بقوة في الوقت الحالي، إن التصرفات الداعمة لمعتقد جديد تقوي هذا المعتقد، مما يشجع على مزيدٍ من السلوك المتسق مع المخطط، الذي بدوره يزيد من قوة هذا المعتقد، وهكذا حتى يتم استدماجه، وينصح المريض باختيار موقف، أو مجال معين لكي يبدأ التصرف «كما لو كان» بدلاً من محاولة تعزيز «ذاته الجديدة» على الفور في كثيرٍ من المواقف، حيث من المرجح جدًّا أن يشعر بالإنهاك نتيجة ضخامة المهمة التي كلف نفسه بها، ويوصي ماكي وفانينغ McKay and Fanning بأنه فيما يخص أول محاولة لك، فاختر منطقة من حياتك تشعر فيها بالأمان نسبيًّا، ولا تحاول التعامل مع أكثر العلاقات أو المسؤوليات التي تجدها أشد ضغطًا، وابحث عن جزء محدد بوضوح في حياتك تمتلك فيه درجة عالية من التحكم، مع وجود فرص وافرة لوضع معتقداتك وقواعدك الجديدة موضع التنفيذ (112 :1991).

على سبيل المثال، اختار أحد المرضى الذي كان معتقده الأساسي الجديد «يمكنني أن أكون كفؤًا ومنظمًا» أن ينظف الجزء الداخلي من سيارته كخطوة أولى وآمنة في التصرف بطريقة تدعم معتقده الجديد، ثم في الأسابيع التالية، بحث عن أعمال روتينية أخرى كان يتجنبها داخل وخارج منزله، وذلك قبل الانتقال لمواقف أخرى في حياته أكثر تحديًا، مثل إدارة شؤونه المالية، وأصبح التصرف «كما لو كان» في نهاية الأمر «أنا»: «يبدو هذا وكأنه سِحْر، ولكنك أصبحت بالفعل ما تتظاهر به» (McKay and Fanning, 1991: 119) ويقترح دوبسون Dobson أن «التصرف "كما لو كان" ربما يكون الأسلوب الوحيد الأكثر فاعلية لتغيير المخطط» (91 :2012) وأنا شخصيًّا (مايكل نينا أحد مؤلفي هذا الكتاب) أتصرف كما لو كنت أكثر ثقة بما أنا عليه في الواقع عندما أواجه جمهورًا كبيرًا، وهذا يساعدني على إبقاء توتري تحت السيطرة، وتحسين أدائي حتى أبدأ فعليًّا في الشعور بمزيد من الثقة عند تقديم المحاضرة.

إن الصعوبة الأساسية في تكنيك التصرف «كما لو كان» هـي عـدم الألفـة والغرابة التي تغلف السلوك الجديد، والذي يجعل بعض المرضى يـشعرون بـأنهم «زائفون» ويلخصون ذلك بقولهم «هذا ليس أنا» ويمكن أن تؤدي هـذه الـصعوبة إلى عدم تشجيع المريض على الاستمرار في التصرف «كما لو كان» أو حتى إلى إنهائه، ومع ذلك يمكن للمعالج أن يطمئن مرضاه الذين يشعرون أنهم غريبـون أو غير مألوفين، أن هذا جزء طبيعي من عملية التغيير، ويشجعهم على الاستمرار من خلال تعلم كيفية تحمل مثل هذه المشاعر غير المريحة خلال تلك المرحلة الانتقالية من التصرف بالطريقة القديمة إلى التصرف بطريقة جديدة، وكما نقول لمرضـانا «إذا كنت لا تشعر بمشاعر غريبة، فأنت لا تشعر بالتغيير، وأن التصرف بطريقـة مختلفة يعد مؤشرًا على الجدة، وليس التزييف» ويشير هايك Hauck (1982) إلـى أن ما يعتبره المرضى سلوكًا زائفًا، ليس أكثر من مجرد ارتداء حذاء جديد.

٩٠

الاختبار التاريخي للمعتقد الأساسي الجديد

عادة ما تتكون المعتقدات الأساسية غير التكيُّفية خلال مرحلة الطفولة، وقد يكون المريض قد جمع كثيرٍ من الأدلة عبر سنين عمره لدعم وتقوية هذه المعتقدات، ومع ذلك، فإن هذه الأدلة التي تظهر «حقيقة» نفسه وحياته، هي نتاج التحيز السلبي المستمر الذي توله هذه المعتقدات، وإن إجراء مسح لحياة المريض بأثر رجعي من منظور المعتقد الأساسي الجديد، يمكن أن يكون مجديًا وعجيبًا على حد سواء، ويقترح بادسكي (1994) Padesky تقسيم حياة المريض إلى فترات زمنية (مثل من ٠ إلى ٢، ومن ٣ إلى ٥، ومن ٦ إلى ١٢ سنة) ويوصي ببدء المسح عندما كان المريض طفلاً صغيرًا، حيث إنه من غير المحتمل أن يدين نفسه خلال تلك المرحلة، ومن المهم قضاء الوقت في بناء ودعم المعتقد الأساسي الجديد قبل العودة إلى الماضي، لأن العودة إلى الماضي بالمعتقد الأساسي القديم الذي لايزال مسيطرًا، سيجعل مهمة المريض أكثر صعوبة من حيث العثور على أدلة تدعم المعتقد الجديد، وفي المثال التالي، تفحص المريضة سنوات مراهقتها (من سن ١٣ إلى ١٨ سنة):

المعالج: هل يمكنك التفكير في أي أدلة تدعم معتقدك الأساسي الجديد «أنا شخصية محبوبة إلى حد معقول» خلال هذه الفترة من حياتك؟

المريضة: من الصعب التفكير في ذلك، لقد كنت على وجه العموم وحيدة وبائسة.

المعالج: هل كان ذلك لأنك كنت خارج المدرسة لفترات طويلة بسبب الأمراض المتعددة التي كنت تعانينها؟

المريضة: ذلك لم يساعدني، هذا أمر مؤكد.

المعالج: هل أتى أحد من المدرسة لزيارتك عندما كنت مريضة؟

المريضة: جاء لزيارتي عدد قليل من الفتيات من نفس صفي الدراسي.

المعالج: هل كان ذلك لأنهن يحببنك، أم قمنَ بذلك على سبيل أداء الواجب تجاه زميلتهنَّ في المدرسة، إذا جاز التعبير؟

المريضة: حسناً، إذا كنَّ قد قمنَ بذلك على سبيل أداء الواجب تجاه زميلتهنَّ في المدرسة لكُنَّ أكثر تحفظًا، ولن تطول مدة الزيارة، ولكنهنَّ كُنَّ ودوداتٍ تجاهي، وتجاذبنا أطراف الحديث، وضحكنا لبضع ساعات، وفي بعض الأحيان كنَ يبقَينَ معي حتى المساء.

المعالج: إذًا لقد جئن أكثر من مرة واحدة؟ [أومأت المريضة بالموافقة] ما الذي تعتقدين حدوثه لو لم تضطري للبقاء خارج المدرسة لفترات طويلة بسبب حالتك الصحية؟

المريضة: كنت سأمتلك فرصة جيدة لكي يكون لديَّ أصدقاء أكثر، لم أفكر في ذلك أبدًا.

المعالج: هناك شيء آخر يستدعي التفكير به أيضًا، لقد تسببت الأمراض المتكررة، والغياب عن المدرسة لفترات طويلة في كثيرٍ من العزلة الاجتماعية، كانت هذه هي حقيقة سنوات مراهقتك، فهل استخدمت هذه الحقائق ضد نفسك لإثبات أنك كنت غير محبوبة؟

المريضة: بالتفكير في الأمر الآن، فأنا متأكدة أن هذا ما قمت به، لم يكن المرض والعزلة خطأيَّ، كنت لا أزال محبوبة رغم أنني لم أكن أستمتع بالحياة كثيرًا في ذلك الوقت، أو كان لدي كثيرٌ من الأصدقاء.

يقول بادسكي وجرينبيرجر Padesky and Greenberger إنه «ليس من الضروري تحديد كثيرٍ من الخبرات التي تدعم المخطط الجديد، فحتى القليل منها ذو مغزى بالنسبة إلى المرضى، ومن الناحية المثالية، يجد المرضى خبرة أو خبرتين إيجابيتين لكل فترة عمرية» (150 :1995).

٩١

تحدي كل فكرة باستخدام السهم الهابط

لقد عرضنا في النقطة ٨١ إجراءات السهم الهابط للكشف عن المعتقد الأساسي، وقد لاحظنا أنه من المهم جدًا أن يقبل المعالج كل فكرة يُكشَفُ عنها على أنها صحيحة مؤقتًا، وإلا فإن تحدي كل فكرة يتم الكشف عنها سوف يحول دون الكشف عن المعتقد الأساسي، ومع ذلك، فبمجرد الكشف عن المعتقد الأساسي، يستطيع المعالج في تلك اللحظة مساعدة المريض في تحدي كل فكرة من أجل تعديلها (Blackburn and Davidson, 1995; Burns, 1999) وبالعودة إلى المثال الوارد في النقطة ٨١، تشعر المريضة بالقلق الشديد بشأن بقاء زوجها في العمل لوقت متأخر:

الفكرة: قد يكون لديه علاقة غرامية.

الاستجابة التكيُّفية: ربما يكون الأمر كذلك، ولكن من ناحية أخرى، قد يتأخر في العمل لأسباب مشروعة تمامًا، وبدلاً من تعذيب نفسي بسبب ذلك الأمر، سأسأله لماذا اخترت الآن أن تبدأ في العمل لوقت متأخر.

الفكرة: حسنًا، سوف يهرب مع العاهرة.

الاستجابة التكيُّفية: أنا أستبق الأحداث، أحتاج إلى إثبات إذا ما كان لديه علاقة غرامية أم لا، وكذلك إذا كان سيهرب معها أم لا، هاتان قضيتان منفصلتان، وإن وصفها بالعاهرة لن يجعلني أشعر بتحسن، ويتجاهل حقيقة أن الأمر يتطلب شخصان لإقامة علاقة، واستنادًا إلى ما أعرفه عن زوجي خلال السنوات العشر الأخيرة، فأنا أشك أنه في علاقة غرامية.

الفكرة: سوف أكون وحيدة، وغير مرغوبة.

الاستجابة التكيُّفية: لن أكون وحيدة أو غير مرغوبة، سوف يكون أبنائي وأصدقائي موجودين من حولي إذا هرب – يمكنني الاعتماد عليهم في وقت الأزمات، أنا أرسم صورة قاتمة جدًا، أنا إنسانة قوية جدًا،

لذلك سأكون قادرة على المقاومة والكفاح إذا تركني، لن أتجول في كل مكان وأردد «كم أنا مسكينة!» وعندما أقول أنا غير مرغوبة، سأظل راغبة في نفسي، ولن أتخلى عن نفسي، ولو تخلى هو عني.

المعتقد الأساسي: أنا غير جذابة، ومثيرة للاشمئزاز.

الاستجابة التكيُّفية: هذا ما يحدث في الواقع، قد لا أكون جذابة بالنسبة إلى زوجي في الوقت الحالي، ولكن ذلك لا يعني أنني غير جذابة على الإطلاق، فقد حصلت على نصيبي العادل من العلاقات قبل أن ألتقي بزوجي، وقد كان يمكنني الدخول في علاقة عندما كنت متزوجة، ولكنني لم أهتم قط، كما أنني كنت أحب زوجي، أما عن كوني مثيرة للاشمئزاز، فهذا أمر سخيف، وأنا لا أفكر بطريقة عقلانية، فالوصف الدقيق لنفسي هو أنني جذابة، وسوف أذكر نفسي بذلك بانتظام، يمكنني جذب الرجال لو كنت أريد ذلك، وإذا تركني زوجي، فسوف تكون هناك فرصة جديدة لي.

أثبتت المريضة أن تأخر زوجها كان لأسباب متعلقة بالعمل، وليس لأنه كان على علاقة غرامية بزميلته، واختفت مخاوفها، ومع ذلك، وجدت أن القيام بهذا التدريب أتاح لها استراتيجية مواجهة يمكن استخدامها إذا تخلى عنها زوجها في حياتها المستقبلية، وساعدها على تقوية معتقدها التكيُّفي عن نفسها.



«العقل – المشاعر» لعب الأدوار

غالبًا ما يشتكي المرضى من وجود صراع بين «التفكير العقلي» و«التفكير الانفعالي» ويشير الأول إلى اقتناع بسيط بالمعتقد الأساسي الجديد التكيُّفي «أعلم أن المعتقد الأساسي الجديد عقلاني ومعقول ويساعدني ولكن...» بينما يرتكز الأخير على اقتناع شديد بالمعتقد الأساسي القديم غير التكيُّفي «معتقدي القديم يشعرني حقًا بحقيقتي» ويشجع لعب الأدوار «العقل – المشاعر» المريض على تعزيز قناعاته في المعتقد الجديد، وإضعاف قناعاته القديمة، ويتم ذلك من خلال محاولة المريض أولاً، إقناع نفسه أن معتقده الأساسي القديم «أنا غبي» صحيح من خلال حشد جميع الأدلة التي يبدو أنها تدعمه، وثانيًا، تحدي هذه الأدلة واحدًا تلو الآخر من أجل تقديم تفسيرات أكثر واقعية وتوازنًا لنفس الأدلة، وذلك من أجل دعم معتقده الأساسي الجديد «أنا شخص ذكي إلى حد معقول». يقول كيهلوين Kuehlwein إنه يجب على المريض أن يتحدى الأدلة «بشدة وحزم» و«بمجرد اقتناع المعالج بأن المريض قد استكشف هذا الجانب الثاني بشكل كامل، فإنه يتحقق من انخفاض مستوى الاقتناع بالمعتقد الأساسي القديم والكرب المصاحب له» وإذا لم يحدث ذلك يمكن تكرار التدريب (2002: 27).

من غير المحتمل أن يتمكن المريض من إجراء هذا التدريب، دون حث المعالج له على جمع كل الأدلة التي تدعم معتقده القديم (على سبيل المثال «لا تنسى أن أحد أسباب اعتقادك أنك غبي، هو تركك المدرسة بعد الحصول فقط على المؤهل الابتدائي») وللتأكد من أن تحديه لهذه الأدلة مدروس ومتوازن (على سبيل المثال «هل تعتقد أنك تقوم بتعريف الذكاء فقط على أساس المؤهلات الأكاديمية، وتتغاضى عن حقيقة أن الذكاء يتضمن مجموعة واسعة من العوامل؟ وعلى سبيل المثال، فأنت ماهر في الأعمال اليدوية، وميكانيكا السيارات، ولم تكن أبدًا مديونًا، فهل هذه الأشياء علامات على الذكاء؟») وقد يحتاج المعالج في بعض الأحيان إلى لعب الأدوار «العقل – المشاعر» قبل أن يقوم المريض بذلك.

مثال آخر على لعب الأدوار «العقل – المشاعر» هو جدال «محامي

الشيطان[٢]» (Dryden, 1995) وفي هذا التكنيك يذكر المريض معتقده الأساسي الجديد «أنا شخص ناجح بشكل عام») ومستوى اقتناعه الحالي به (على سبيل المثال «٤٠%») ويحاول المعالج بقوة أن يشكك في قناعات المريض بمعتقده الجديد (على سبيل المثال «لقد كان لديك كثير من الإخفاقات أكثر من النجاحات في الآونة الأخيرة، فكيف لك بحق السماء أن تسمي نفسك ناجحًا؟») ويتم تشجيع المريض على مواجهة كل حجج المعالج بقوة، والدفاع المستميت عن معتقده الجديد «تعريفي للشخص الناجح يتضمن الإخفاقات، فالتعلم من كل إخفاق هو دليل على النجاح») حتى يصبح المعالج لا يملك أي حجة لكي يقدمها، وإذا وجد المريض صعوبة في التعامل مع أي حجة يسوقها المعالج، فسوف نتوقف عن التدريب مؤقتًا، لمساعدة المريض في العثور على حجة مضادة قوية، ثم يتم استئناف التدريب، وفي نهاية التدريب، يعيد المريض تقدير مستوى قناعاته في المعتقد الجديد (على سبيل المثال «٦٠%») وإذا ما كان التقدير قد ارتفع بشكل كبير أو قليل، أو بقي على حاله أو انخفض (على سبيل المثال «أحد حججك تبدو كالضربة القاضية») وتُستكشَفُ أسباب كل نتيجة وتخضع للمناقشة.

---

2 - Devil's advocate.



تعلم قبول الذات

غالبًا ما يصف المرضى أنفسهم بمصطلحات عامة (على سبيل المثال «أنا لست جيدًا بما يكفي»)، «حيث تمثل صورة الذات الشخص كله، بدلاً من التقدير المرن لجوانب أو صفات مختلفة من الذات، وبحكم هذا التعريف، فإما أن يكون الشخص سلبيًّا وإما حقيرًا، وأنه حين وُزِنَ لم يصل إلى المستوى المطلوب (Fennell, 1997: 2; emphasis in original) ولا يمكن أبدًا حصر تعقيد وعمومية التقييمات العامة للذات، (ينطبق هذا بالمثل على المعتقدات الأساسية الإيجابية: قد يكون وصف الشخص بأنه «عبقريٌّ» صحيحًا في مجال معين، مثل الرياضيات أو الفيزياء، ولكنه لا يصف بدقة كل جوانب حياته أو شخصيته)، فالسمة، أو الميزة، أو السلوك، أو الأداء لا يساوي الشخص، وعندما يخلص المرضى إلى ذلك، فإنهم يعلمون أن الخطأ الذي يقومون بفعله هو اعتقاد (أن الجزء يساوي الكل)، مثل:«لقد كان أدائي في هذا الموقف دون المستوى، ما يجعلني أقل شأنًا».

إن قبول الذات يعني تقدير جوانب الذات، وليس تقدير الذات على أساس هذه الجوانب «لقد كان أدائي في هذا الموقف دون المستوى، من خلال ردود فعل الآخرين، واستمارات التقييم، التي أرغب في التعلم منها، ولكن أدائي لا يمكن أبدًا أن يلخصني كشخص»، ويعني أيضًا النظر إلى الذات من خلال الاعتراف بالصفات الإيجابية، والعيوب، ومحاولة تغيير العيوب إذا رغب في ذلك، وكثيرًا ما يذكر المرء أنه لا يمكن استئصال استعداد البشر لارتكاب الأخطاء، (حتى لا نضيع الوقت في المحاولة) ولكن يمكن الحد من حدوث السلوك الخاطئ، من خلال تعلم المرء من أخطائه من أجل تقليل عدد تلك الأخطاء (إن إدانة المرء لارتكابه تلك الأخطاء لن يضيف شيئًا ذا قيمة لعملية التعلم) ويقلل قبول الذات إلى حد كبير من تكرارِ وشدةِ ومدةِ التعرض للمشاعر السلبية (على سبيل المثال: الخزي، والشعور بالذنب، والاكتئاب) وذلك لأنك تتوقف عن مهاجمة نفسك، تلك المهاجمة التي غالبًا ما تكون الأساس المعرفي لهذه المشاعر (Neenan and Dryden, 2014). في

الحوار التالي يساعد المعالج المريض على تدعيم معتقداتـــه الأساســـية الإيجابيـــة، بإضافة القبول الذاتي إليها:

المعالج: أنت ترى نفسك بشكل عام على أنك ما يسمونه «الرجل الذي يـــستطيع فعل أي شيء».

المريض: حقًا، أقوم بإنجاز الأشياء عندما أرغب في ذلك، وهذه هي عادتي فـــي الحياة، ولكنني أواجه أمرًا لا أستطيع التعامل معه، ويبدو أنني أصبحت يائسا، وينتهي الأمر بأن أرى نفسي فاشلاً.

المعالج: كيف تود التكيُّف عندما تصطدم بشيء لا يمكنك التعامل معه؟

المريض: حسناً، سوف أتقبل أن هناك أشياء لا يمكنني حلها، مهما حاولت بجـــد، ولا ينبغي أن أقلق بشأنها.

المعالج: هل ترغب أيضًا في تقبل ذاتك رغم عدم قدرتك على حل تلك المشكلة، أو أي مشكلات أخرى يمكن أن تواجهها مستقبلاً؟

المريض: يبدو ذلك أفضل بكثير من وصف نفسي بأنني فاشل، وما يترتب علـــى ذلك.

المعالج: حسناً، وما الذي تود إضافته إلى اعتقادك «أنا شخص قادر على القيـــام بأي شيء» لتذكير نفسك به ولتعديل هذا المعتقد؟

المريض: حسناً... سأضيف شيئًا مثل «أنا شخص قادر على القيام بـــأي شـــيء، ولكن ليس دائمًا» يبدو هذا صحيحًا، وقد ينجح.

المعالج: وكيف تقوّي هذا الاعتقاد في ذهنك؟

المريض: سأستمر في ذلك، حتى عندما أصطدم بالمشكلة التالية، سوف تكون هـــذه الإضافة هي شبكةَ الأمان الخاصة بي، إذا جاز التعبير.

احتفظ المريض بمفكرة مدون فيها «أنا شخص قادر على القيام بـــأي شـــيء ولكن ليس دائمًا» لملاحظة إنجازاته، وتسجيل الصعوبات التي واجهته دون يـــأس، أو دون إدانة ذاته، وفي مواعيد المتابعة اللاحقة للعلاج (انظر النقطـــة ٩٧) قـــال المريض: إن إضافة «ولكن ليس دائمًا» إلى معتقده الحالي، قد ساعدني على رؤية قيمة قبول الذات، وقضاء وقت أقل بكثير للخوض في فشلي أو إخفاقاتي.

على عكس تقييم الذات لا يعني قبول الذات فقـــدان الهويـــة (Neenan and Dryden, 2002). يشتق «التقدير» من الفعل «قدر» مما يعني إعطـــاء شـــيء، أو شخص ما تقدير، ويشير مفهوم تقدير الذات إلى إمكانية تصنيف الـــشخص علـــى المستوى العام (على سبيل المثال «أنا ناجح لأنني رُقيت، وأحظى باحترام وتقـــدير

زملائي») ويمكن أن يؤدي فقدان تقدير الذات إلى فقدان الهوية إذا كانت الظروف غير مواتية (يفقد المريض وظيفته في الشركة، ولديه قليل من العلاقات السطحية مع زملائه السابقين إن وجدت: «أحدق في المرآة كل صباح، وأتساءل: من أنا؟ وأين ذهبت حياتي؟» ولا يعتمد قبول الذات على معايير معينة تستوفى (على سبيل المثال: وجود أصدقاء، أو مظهر جيد، أو الرشاقة، أو القبول والاستحسان من قبل الآخرين) من أجل التحقق من قيمة الذات أو هويتها، وإذا كان لقبول الذات هوية، فهي الاعتراف بأن الذات غير معصومة، ومعقدة، يمكن أن تظل هذه النظرة إلى الذات ثابتة مهما كانت الظروف في حياة المرء، ونحن نؤمن بأن قبول الذات يعد أحد المفاهيم التي يمكن للمعالجين أن يعلموها مرضاهم، وذلك لمساعدتهم على تجنب تقييم الذات، إن قبول الذات يُعد مشروعًا ينبغي العمل عليه عبر سنين الحياة، وليس فقط خلال فترة العلاج.

إنهاء العلاج وما بعده

٩٤

تقليــل الانتكــاس

إن غرس الأمل في نفوس المرضى بشأن إمكانية تغييرهم يعد جزءًا مهمًا من العلاج، وربما يكون التصدي لاحتمالية حدوث الانتكاس على القــدر نفــسه مــن الأهمية (Feltham and Dryden, 2006) لقد نشأ مفهوم منع الانتكاس[1] في إطار علاج إدمان المخدرات (Marlatt and Gordon, 1985) ولكن يُطبَّــق الآن علــى العلاج بشكل عام، والانتكاس هو عودة المشكلة كاملة لحالتها السابقة نفسها، بينمــا تمثل الهفوة أو السقطة عودة جزئية للمشكلة إلى حالتها السابقة، وبحلــول الوقــت الذي يقترب فيه العلاج من نهايته، سوف يتعلم المرضى، إذا لم يكونــوا يعرفــون ذلك بالفعل، أن التغيير ليس عملية سلسة تسير في خط مستقيم، بــل سلــسلة مــن الإنجازات والإخفاقات التي مروا بها بالفعل في العلاج، لذلك، يعد برنــامج منــع الانتكاس واعدًا جدًا، ونحن نفضل استخدام مصطلح «تقليــل أو إدارة الانتكــاس» حيث إن هذا المصطلح يصف بدقة أكبر التقدم الذي أحرزه البشر غير المعصومين من الخطأ بعد العلاج، ويعد تقليل الانتكاس استراتيجية واقعية لمواصلة التحــسن، من خلال تحديد المواقف المستقبلية التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاس (على ســبيل المثال: الصراعات الشخصية، والمشاعر السلبية الــشديدة، والوحــدة)، ومــساعدة المرضى على تطوير خطط المواجهة للتعامل مع هذه المواقف (خطط المواجهــة هي في الأساس الأدوات والتكنيكات التي تعلموها بالفعل في أثناء العلاج).

يمكن أن يتخيل المرضى أنفــسهم فــي هــذه المواقــف، ويتــدربون علــى استراتيجيات المواجهة الخاصة بهم (يمكن تنفيذ هذه التدريبات كما لو كانت تحدث في الحاضر بدلاً من المستقبل). على سبيل المثال، قال المريض إنه يمكن أن يعود إلى إدمان الخمور مرة أخرى، بعد خلاف مع شريكته، لأنه سوف يواجه صعوبات في التغلب على مشاعر الغضب التي تعتريه، وقام بكتابة أفكاره وسلوكياته البديلــة على بطاقة، تضمنت: «الاتصال بأحد الأصدقاء من مدمني الكحوليات المجهولين، للتحدث عن بعض الأمور»، «الذهاب إلى ركن هادئ من المنزل حتــى أهــدأ»،

---

(1) Relapse prevention.

«الاستماع إلى الموسيقى الهادئة»، «الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية»، «تذكير نفسي بقوة أنني لا أحتاج إلى الكحوليات لمساعدتي في المواقف السيئة، وأنا مصمم على مواجهتها بذهن صافٍ»، «عندما أصبح هادئًا، سوف أتحدث مع شريكتي دون سباب، ولا إدانة، ولا صراخ، مع الاعتذار عن أي سلوك غير سار قد قمت به».

يمكن أن يتعلم المرضى أن الهفوة [1] أو السقطة (مثل: تناول كأس من الخمر، أو عدم الالتزام بنظام غذائي) لا يؤدي تلقائيًا إلى الانتكاس (إلى السقوط الحتمي) إذا كانوا مستعدين للتعامل معها بمجرد حدوثها، على أنها جزء من التقدم في العلاج، وذلك من خلال استخلاص الدروس التي يمكن تعلمها من تلك السقطات البسيطة، لتحسين استراتيجيات المواجهة في مواقف الضعف (على سبيل المثال:إن التغيرات التي أُجريَت لم تكتمل بعد، وأن الانتكاس نتيجة الاختيار، حتى لو لم يكن الاختيار ظاهرًا أو واعيًا على الدوام [Ellis et al., 1988])، وتجنب التفكير وفقا لمبدأ الكل أو لا شيء (على سبيل المثال: السكر مرة واحدة مثل السكر دائمًا»، «لقد أفسدت نظامي الغذائي، إذًا لا جدوى من الالتزام به») لأن ذلك عادة ما يحول السقطة أو الهفوة إلى انتكاسة (Beck et al., 1993). إن السقطات/ الانتكاسات هي أحداث في عملية التغيير، وليست كل القصة، التي يمكن أن يصدقها بعض المرضى المحبطين.

تساعد إدارة الانتكاس المرضى على إدراك أن السقطات هي فرص للتعلم بدلاً من كونها علامة على عدم الكفاءة الشخصية، وأنه يمكنهم بعد السقطة أن يضعوا أنفسهم على المسار الصحيح (Marlatt and Gordon, 1985) ويقترح ليهي Leahy (2003) إعادة صياغة الانتكاس كتجربة تعليمية، أو طبيعية، وبمعنى آخر، أن الانتكاس هو ما يحدث عندما لا يلتزم المريض بالإرشادات التوجيهية للحفاظ على التقدم بعد انتهاء العلاج.

---

1 - Lapse.

٩٥

إنهاء العلاج

غالبًا ما يُناقَش إنهاء العلاج في البداية: من خلال العمل مع المعالج، سوف يتعلم المريض مجموعة من مهارات المساعدة الذاتية التي تُنفذ في الجلسات وبين الجلسات، من أجل أن يصبح قادرًا على حل مشكلاته بنفسه، وسوف ينهي العلاج بتلك الكفاءة، وبينما يكتسب المريض الثقة والكفاءة في إدارة مشكلاته، تتباعد تدريجيًا المسافة بين الجلسات العلاجية (على سبيل المثال، من جلسة أسبوعيًا، إلى جلستين شهريًا، إلى جلسة شهريًا) وعلى المعالج في تلك الحالة إعادة النظر في دوره كمعالج أو مستشار للمريض (حيث يؤدي المريض دوره الأصلي بشكل كبير) ويمكن أن يكون من المفيد إتباع نهج «العد التنازلي» لإنهاء العلاج من خلال تذكير المريض (والمعالج) في كل جلسة بعدد الجلسات العلاجية المتبقية حسب المتفق عليه، من أجل الحصول على أقصى فائدة علاجية منها، والتسرع في إنهاء العلاج، أو اتخاذ قرار تعسفي من قبل المعالج «سنجعل هذه الجلسة هي الأخيرة» قد يؤدي إلى محو فوائد العلاج:

لهذا السبب، يتم التعامل مع عملية إنهاء العلاج على نحو فعال وسلس بقدر الإمكان، وعندما يُنهَى العلاج بشكل جيد، من المرجح أن يعزز المريض المكاسب العلاجية، ويعمم الاستراتيجيات للتعامل مع المشكلات المستقبلية التي سوف تواجهه (Beck et al., 1979: 317).

يمكن أن يطلب من المريض تلخيص مكاسبه من العلاج، ولاسيما تلك الأفكار والتكنيكات التي وجدها ذات قيمة خاصة، ويمكن كتابة هذه المكاسب على بطاقة وحفظها في ملف المريض لسهولة الوصول إليها، وعلى سبيل المثال، يقول المريض: إن «وضع تفكيري تحت الأضواء أظهر لي بالفعل كم من أخطاء التفكير القائمة على مبدأ الكل أو لا شيء التي كنت أرتكبها». هناك فكرتان سوف يتمسك بهما بشكل خاص:

١- النظر إلى الأفكار عادة على أنها افتراضات، وليست حقائق «ولذلك يمكن تغييرها من خلال فحصها».

٢- يمكنه اختيار ردة فعله تجاه المواقف: «قبل العلاج المعرفي السلوكي كنت أعتقد أن المواقف تجعلني غاضبًا، ولكنني أدرك الآن أن لدى خيارات كثيرة يمكنني الاختيار من بينها، لتحديد ردة فعلي» ومن التكنيكات التي وجدها المريض مفيدة الاسترخاء العضلي التدريجي (التوتر العضلي المنتظم ثم الاسترخاء للمجموعات العضلية الرئيسة في الجسم، مع الحفاظ على التنفس ببطء) لأنني لا أستطيع أن أكون غاضبًا ومسترخيًا في الوقت نفسه، وأنا أفضل أن أكون مسترخيًا «وُضعَت خطة عمل للتعامل مع المواقف المشكلة مستقبلاً، التي قد تؤدي إلى نوبات غضب طويلة الأمد» (انظر النقطة ٩٤ التي تدور حول تقليل الانتكاس).

غالبًا ما يكون لدى المرضى مخاوف حول إنهاء العلاج، يحتاج المعالج إلى التصدي لها، وبعض هذه المخاوف هي:

- «لن أكون قادرة على التكيف بمفردي»، لقد كانت المريضة تتعامل من تلقاء نفسها خلال تنفيذ واجباتها المنزلية أيضًا، وستظل قادرة على سماع صوت المعالج وهو يقدم لها التشجيع والدعم، لذلك فلن تكون بمفردها من الناحية النفسية، وبالتالي يمكن أن تشارك في استشارة تخيلية مع المعالج عندما تكافح من أجل التكيف في الأوقات الصعبة، ويمكن للمريض أن ينظر إلى تنبؤاته على أنها بحاجة إلى اختبار تجريبي (مثل كل تنبؤاته الأخرى في العلاج) والسيطرة عليها بمفرده.
- «لم تُحَلَّ جميع مشكلاتي»، لا يهدف العلاج إلى حل جميع مشكلات المريض، بل بعضها فقط، ويمكن تطبيق مهارات المساعدة الذاتية التي تعلمها المريض على هذه المشكلات بعد العلاج، وذلك لأن حل جميع مشكلات المريض قبل أن يغادر العلاج يقوض فكرة أن يصبح المريض معالجًا ذاتيًا، وقد تؤدي إلى خطر أن يصبح المريض معتمدًا على المعالج لكي يقوم بحل مشكلاته.
- «أنا لم أشفَ بعدُ»، ونكرر مرةً أخرى: لا يقصد بالعلاج أبدًا «شفاء» المريض، ولكن الحد من وتيرة وشدة ومدة مشكلاته، وبعبارة أخرى، إدارة مشكلاته بطريقة أكثر فاعلية، وتصبح الإدارة الذاتية أكثر فاعلية من خلال تطبيق المريض لمهارات العلاج المعرفي السلوكي في الموقف المشكل، والتعلم من تجاربه.
- «لم أخبرك بالمشكلة الحقيقية» يمكن أن تعطي هذه العبارة انطباعًا بأن العلاج حتى هذه اللحظة كان مقدمة إلى «المشكلة الحقيقية» (على سبيل المثال: الاعتداء

الجنسي) التي اكتشفت، ولكن الآن أصبح الوقت متأخرًا جدًا، كما أن العـلاج قـد وصل إلى نهايته، ويمكن للمعالج أن يستكشف لماذا أفصح المريض عـن تلـك المشكلة في الدقيقة الأخيرة، وتحديد إذا ما كان ستُقدَم المشورة أم لا، ويشير قرار الإبقاء على قائمة المشكلات المتفق عليها، دون إضافتها إليها، إلـى أنـه يمكـن للمريض الاتصال به في وقت لاحق، للالتحاق بدورة أخرى من الجلسات التـي تركز على «المشكلة الحقيقية» أو تحويل المريض إلى معالج آخـر، ويجـب ألا يشعر المعالج بالحصار أو الابتزاز إذا مُدِّد العلاج بطريقة آليّة.

- «إنني أشعر بالقلق مرة أخرى، لذا لا يمكن أن يكون قد حـان الوقـت لكـي أذهب». مع اقتراب موعد انتهاء العلاج، يشعر بعـض المرضـى بـالخوف لكونهم سوف يصبحون بمفردهم، ويرون أنهم سوف «ينهارون» بعد العلاج، وتؤدي هذه المخاوف إلى تنشيط الأعراض التي قادتهم إلى العـلاج، والتـي تعطي انطباعًا لهؤلاء المرضى بأنهم يزدادون سوءًا، وليسوا أفـضل حـالاً، وهنا يمكن تذكيرهم بأن المشاعر ليست حقائق (على سبيل المثال:«شـعوري بأنني سوف أنتكس بمجرد انتهاء العلاج لا يعني أنني سوف أنتكس»)، وهـذه تجربة شائعة كنهج لإنهاء العلاج، إنهم حققوا تقدمًا كبيرًا كمعـالجين ذاتيـين على الرغم من مخاوفهم الحاليّة، وهذا ما يحدث بعد انتهاء العلاج «إن كتابـة مذكراتهم حول ما قاموا بتطبيقه من مهارات العلاج الذاتي يمكن أن يعكـس قدرتهم على التكيف أكثر من تعرضهم لكارثة».

في حين إن المرضى عادة ما يقدرون جهود المعالج «لم أكن لأفعل ذلـك لولا مساعدتك» فمن المهم أن يقاوم المعالج إغراء نسبة كثير من الفضل إليـه في نجاح المريض (من الجيد أنك أقررت بذلك...) وأنه العامل الأساسي فيمـا وصل إليه المريض، ويشير ويلس وساندير س(1997) Wills & Sanders إلى أنه ينبغي النظر إلى أن المرضى كانوا يعملون على أنفسهم لمدة ٢٤ ساعة في اليوم، ولمدة سبعة أيام في الأسبوع، في حين أن المعالج لم يكن يقضي معهـم سوى وقت الجلسة، وعلى سبيل المثال ما يقارب من ثماني إلى اثنتي عـشرة ساعة، وأخيرًا، لا ينبغي أن ينظر المعالج إلى إنهاء العلاج على أنـه تجربـة محزنة، أو مؤلمة بشكل حتمي بالنسبة إلى المرضى، فبعض المرضى رغـم سعادتهم بتقدمهم، سوف يحتاجون إلى إنهاء العلاج.



الحفاظ على المكاسب العلاجية

إن عملية تحقيق هدف محدد ليست هي نفسها عملية المحافظة عليه (على سبيل المثال، الوصول للياقة البدنية، ثم أن تظل لائقًا، وكذلك فقدان الوزن، ثم الحفاظ على الوزن الجديد). قد يظن بعض المرضى أنه بمجرد انتهاء العلاج سوف تظل مكاسبهم العلاجية مستمرة بطريقة سحرية، دون مزيد من التدخلات من جانبهم، وأنهم يستحقون راحة طويلة بعد كل هذا العمل الشاق في العلاج، أو أن العلاج كان حلقة منفصلة فرضتها الأزمات التي يمكن وضعها الآن خلفهم (Neenan and Dryden, 2011) ومن خلال خبراتنا، يمكن للمرضى أن يعودوا سريعًا إلى أنماط التفكير القديمة غير المجدية، وأن يتصرفوا بطريقة لا تحقق أهدافهم، أو بمعنى آخر عدم قدرتهم على ممارسة مهارات العلاج المعرفي السلوكي التي اكتسبوها بصعوبة بشكل ثابت- لذلك يجب تطوير منظور الاستمرارية لديهم للحد من فرص حدوث تلك النتائج.

لبَدْء مناقشة حول هذا الموضوع، يمكن للمعالج أن يسأل: «كيف ستحافظ على تقدمك بعد انتهاء العلاج؟» أو «هل تضمن لك عشر جلسات من العلاج أنك لن تتراجع أبدًا؟» وفي الأساس، فإن منظور الاستمرارية مصممٌ خِصِّيصى للحفاظ على مكاسب المريض من العلاج وتقويتها، وعلى سبيل المثال، كانت رسالة المريض الخاصة بالاستمرارية هي «إما أن تستخدام [مهارات العلاج المعرفي السلوكي] وإما سوف تفقدها» في حين كانت رسالة مريض آخر «افحص بانتظام دوائرك المعرفية» (كان يعمل كهربائيًا). يقترح بيك Beck (2001) أن بإمكان المرضى جدولة جلسات العلاج الذاتي، على غرار جلسات العلاج المعرفي السلوكي، حيث يُوضع جدول أعمال يتضمن تصميم ومراجعة الواجبات المنزلية، وتقييم التقدم، والتعامل مع المشكلات الحاليّة، واستكشاف المشكلات المستقبلية، ويمكن للمرضى تسجيل مواعيد جلسات العلاج الذاتي في مفكراتهم (على الرغم من أننا نشك في أن كثيرًا من المرضى سوف يكونوا مهتمين بإجراء هذه الجلسات).

يمكن أن يكون المرضى في حالة تأهب لوجود إشارات تحذيرية تشير إلى أنهم قد يكونون في طور الانتكاس، وأن لديهم خطة عمل جاهزة (يمكن أن يشارك أفراد الأسرة والأصدقاء في الكشف عن الإشارات التحذيرية) وهذه بعض الأمثلة.

- يشعر المريض بالحرارة وعدم الراحة في طابور السوبرماركت، ولديه رغبة في «الجري خارجًا» للهروب من كارثة متخيلة، ومع ذلك فإن المريض يذكر نفسه بشدة بأن أعراضه المرضية غير ضارة، وليست خطيرة، استنادًا إلى التجارب التي أجراها في العلاج «سوف تمر مشاعري المزعجة بسرعة، مثلما حدث من قبل، وسوف أكون بخير كالمعتاد دائمًا، لذلك احتفظ بهدوئك «كما أنه تذكر قاعدة الدقائق الخمس التي تعلمها في العلاج، والتي مؤداها:

إذا توقفت عن الذعر من الأفكار المقلقة، لا يمكن أن تستمر نوبة الهلع أكثر من خمس دقائق، إنها حقيقة طبية، وذلك نظرًا إلى أن عملية أيض الأدرينالين تتم خلال خمس دقائق أو أقل، وبالتالي فإن نوبة الهلع ستنتهي إذا لم تتسبب أفكار مقلقة جديدة في إطلاق مزيد من الأدرينالين (McKay et al., 2011: 89).

(لقد مكنته السيطرة على أفكاره من السيطرة على هلعه، وبقي المريض في الطابور، وهدأت أعراضه)

- تشير الزوجة إلى زوجها «إنك تفعلها مرة أخرى يا حبيبي» بمعنى الحزن نتيجة الأخطاء التي ارتكبها في العمل، وقد أدت أخطاء الماضي إلى مزاج حزين وإدانة ذاتية، والآن تشجعه الزوجة على مراجعة درس قيم من العلاج: «إن الأخطاء أمرٌ لا مفر منه، ولكن الحزن عليها ليس كذلك» ومع وضع ذلك في الاعتبار، يقوم بتدوين بعض الملاحظات حول كيفية تصحيح تلك الأخطاء، والتعلم منها.
- تبدأ المريضة في الشعور بأنها «شديدة التعلق» في علاقتها مرة أخرى، كما طفت بعض المخاوف على السطح بشأن كونها غير محبوبة، وسوف تُهجَر، ومن أجل تعزيز اعتقادها بأنها لا تحتاج إلى الحب من أجل أن تكون سعيدة، أو لإثبات أنها ذات قيمة، قامت بقضاء بعض الوقت بمفردها، وهذا يؤكد قدرتها على الاستمتاع بمفردها، كما أخبرت المريضة زوجها «عندما يذهب التعلق، يكون لدينا وقت أفضل بكثير».

هناك طريقة أخرى للحفاظ على المكاسب العلاجية وتقويتها، وهي أن تقوم المريضة بتعليم الآخرين بعض مهارات العلاج المعرفي السلوكي التي تعلمتها في العلاج، وعلى سبيل المثال، أن تشرح لإحدى الصديقات أنها يجب أن تفكر في

جميع العوامل التي ساهمت في نهاية زواجها، بدلاً من لوم نفسها على الانفصال «لقد تعلمت في العلاج أن أنظر إلى الصورة بأكملها، وليس إلى جزء منها فقط» (انظر النقطة ٥٥ إعادة العزو) ومن خلال تعليم الآخرين يواصل المريض فهمه لتلك الأساليب العلاجية القيمة لحل المشكلات، ومع ذلك من المهم ألا يقدم المريض نفسه للآخرين على أنه «يعرف كل شيء» أو «حكيم في حل المشكلات»، حيث من المرجح أن يؤدي ذلك إلى نفورهم بدلاً من تشجيعهم على الاستماع إليه والتعلم منه، ويمكن للمرضى أيضًا أن يستخدموا مهاراتهم في العلاج المعرفي السلوكي، في مناطق أخرى من حياتهم ربما تجنبوا التعامل معها أو مستجدات طرأت حديثًا، وعلى سبيل المثال، وعلى التوالي: في مواجهة زميل عمل متعجرف، أو تأكيد رفض الموسيقي الصاخبة للجيران الجدد.

لا تستخدم مهارات العلاج المعرفي السلوكي للتغلب على المشكلات الحاليّة أو المستقبلية فحسب، ولكن أيضًا في تحقيق طموح وأهداف الحياة المهمة (Neenan and Dryden, 2014) وعلى سبيل المثال، قرر المريض الذي التحق بالعلاج للتعامل مع نوبات القلق والاكتئاب، أن يحقق رغبته القديمة في أن يصبح بعد الشفاء صاحب عمل حر، وقد وُضِعَت خطة العمل لمساعدته في تحقيق هذا الهدف، وفي مواعيد المتابعة (انظر النقطة ٩٧) لوحظ أنه قد تعافى، كما كان متوقعًا، ولكن قضى المعالج بعض الوقت في مناقشة المريض في تقدمه نحو العمل الحر، وكيف كان يتعامل مع العقبات التي واجهها على طول الطريق.



المتابعـــــــــة

كيف يعرف المعالج إذا ما كان مرضاه يحافظون على مكاسبهم العلاجية التي حققوها أم لا، أو يحدد مدى فاعلية منهجه العلاجي إذا لم يرهم مرة أخـــرى بعـــد انتهاء العلاج؟ تُحدَّد مواعيد المتابعة كما هو معتاد بعد ثلاثة، وست، واثني عـــشر شهرًا، من أجل متابعة مدى تقدمهم كمعالجين ذاتيين- أي ما مدى ثبات مكاســـبهم العلاجية؟ يجب أن يسمح المعالج بمرور وقت كافي قبل ترتيب مواعيد المتابعـــة، من أجل تحديد مدى تقدم المريض دون دعم المعـــالج (Cormier and Cormier, 1985) وعلى سبيل المثال: إذا كان المريض قد قضى عشر جلسات علـــى مـــدى ثلاثة أشهر، فيمكن إجراء المتابعة الأولى في غضون ثلاثة أشهر، ويجب أن يعي المريض أن جلسات المتابعة ليست جلسات علاجية، وكذلك تتيح جلسات المتابعـــة نظرة طويلة لانعكاس العلاج على خبراتهم الحياتية، وما تعلموه منه، لقد قال أحـــد المرضى الذين قابلتهم -أنا مايكل نينا أحد مؤلفي هذا الكتاب- في جلسة المتابعـــة بعد مرور اثني عشر شهرًا على انتهاء العلاج، لقد بدأت فقط للتو في تقـــدير مـــا تعلمته، والاستفادة منه في العلاج حول استبدال قبول الذات بتقييم الـــذات (انظـــر النقطة ٩٣ الخاصة بمناقشة هذين المفهومين) وتوفر المتابعـــة معلومـــات مفيـــدة للمعالج في مراجعة عمله مع المرضى، وما وجده المرضى مفيدًا، وما وجدوه غير مفيد (Feltham and Dryden, 2006).

يشعر بعض المرضى بالأمان عند انتهاء العلاج، لأن تقدمهم في العلاج مـــا زال نصب عين المعالج، على الرغم من أن المتابعة لا تهدف إلى إبقاء العلاج في إطار ملاحظة التقدم، وفي بعض الأحيان يجـــد المرضـــى أن الـــصعوبات التـــي يواجهونها بعد انتهاء العلاج، وبعد فترة من محاولة التعامل معها، يصعب التغلـــب عليها بمفردهم، وإذا كان الوضع كذلك، يمكنهم الاتصال بالمعالج لتحديد موعد قبل ميعاد المتابعة الرسمية، وعادة ما يُتفَق على هذا الموعد الطارئ في الجلسة النهائية للعلاج الرسمي، وإذا كان المريض قد تدهور قبل نهاية العلاج، فيجـــب اكتـــشاف أسباب ذلك (على سبيل المثال، قد تعرض المريض لكثير من الإخفاقات في حياته،

التي وصفها المريض بما يلي «لقد أفقدتني صوابي، ولم تقدم لي مهاراتي في العلاج المعرفي السلوكي كثيرًا من المساعدة»، ويمكن تقديم فترة متابعة إضافية أو مراجعة للعلاج، وليس دورة كاملة أخرى من العلاج المعرفي السلوكي، لأن ذلك قد يوحي للمريض بأن كل التقدم الذي أحرزه بشق الأنفس كان في الواقع وهمًا (على سبيل المثال، من الواضح أنني لم أفهم أي شيء عن العلاج المعرفي السلوكي في أول مرة). إن ما لم يفهمه المريض جيدًا هو الأهمية الحاسمة للحفاظ على استمرارية المكاسب العلاجية مستقبلاً (انظر النقطة ٩٦) ومن ثَمَّ يصبح العلاج مجرد ذكرى قديمة بعد عدة أيام من انتهائه.

العلاج المعرفي السلوكي: هل هو مخصص للمرضى فقط؟



مارس ما تدعو إليه

هل يطبق المعالجون المعرفيون السلوكيون العلاج المعرفي السلوكي على أنفسهم عندما يواجهون المشكلات، سواء داخل العلاج أم خارجه؟ ليس دائمًا، كما يؤيد البعض أسطورة المعالج غير المضطرب (Adams, 2014)، توضح لنا خبرتنا في التدريب والإشراف على المعالجين، أن بعض المعالجين يظنون أن العلاج المعرفي السلوكي يُقدَّم للمرضى، ولا يُطبَّق على أنفسهم، وأن الآليّة المعرفية السلوكية تهدف إلى علاج مشكلات الآخرين، وليس مشكلات المعالجين أنفسهم، ويُعدُّ هذا التوجه مؤسفًا، لأنه يؤدي بهؤلاء المعالجين إلى ممارسة العلاج المعرفي السلوكي دون اقتناع حقيقي به، ولا يقدرون الصعوبات التي يواجهها مرضاهم في تنفيذ مهارات العلاج المعرفي السلوكي في حياتهم اليومية (ومن المرجح أن يروا مرضاهم «مقاومين للعلاج» إذا توقف التقدم في العلاج) ويفعلون ما هو ضروري لكي يُنظر إليهم على أنهم متخصصون محترفون (مثل التدريب الإضافي، وحضور ورش العمل، والخضوع للإشراف المنتظم) ولكنهم يفتقرون إلى العنصر التجريبي لاستخدامه على أنفسهم، وعلاوةً على ذلك، إذا ذهب بعض هؤلاء المعالجين في نهاية المطاف طلبًا للعلاج النفسي، فمن المرجح أن يختاروا منهجًا مختلفًا في العلاج النفسي، مثل العلاج النفسي الدينامي[١] «أعرف كل شيء عن العلاج المعرفي السلوكي» وأفعل ذلك كل يوم، وأريد أن أجرب شيئًا جديدًا ومختلفًا لنفسي، وسوف نقدم ثلاث ملاحظات على هذا الرد:

١- إنه شخص متسرع يدعي أنه «يعرف كل شيء عن العلاج المعرفي السلوكي» ونحن نشك أن أرون بيك، مؤسس العلاج المعرفي السلوكي، يستطيع ادعاء ذلك، لأنه قد حدد بعض المجالات في العلاج المعرفي السلوكي التي تحتاج إلى البحث مستقبلاً (Beck and Dozois, 2011) ومن واقع خبرتنا، فإن أولئك الذين يزعمون أنهم يعرفون كل شيء عن العلاج المعرفي

1 - Psychodynamic therapy.

السلوكي لم يدركوا بعد مدى اتساع وعمق هذا المنحى، ومِن ثمَّ يعتقــدون أن مشكلاتهم لا يمكن احتواؤها من خلال هذا النموذج، ومع الأسف هناك عــدد قليل من المعالجين يشاركون في تحريف العلاج المعرفي الــسلوكي، وعلــى سبيل المثال، أن يشير هؤلاء إلى أن العلاج المعرفي السلوكي في الأساس هو استبدال التفكير السلبي بالتفكير الإيجابي (انظر النقطة ١٤)، وربما هذه هــي الطريقة التي يمارسون بها العلاج على مر السنين، ووفقًا لهذه الوجهــة مــن النظر، فإن المعالج سوف يمارس العلاج المعرفي الــسلوكي بطريقــة آليّــة، وربما لا يكتسب مزيدًا من المعلومات حول هذا المنحى عنــد نهايــة حياتــه المهنية، أكثر مما كان عليه في البداية.

٢- إن تجربة «شيء جديد ومختلف لنفسي» يعني تلقي العلاج المعرفي الــسلوكي كمريض، وليس كمعالج، ويشير بادسكي Padesky إلى أن«العملية النهائيــة [بعد التدريب والإشراف] التي تعزز كفاءة المعالجين المعرفيين السلوكيين هي المشاركة في العلاج المعرفي السلوكي كمريض، وذلك من أجل فهــم كامــل للعملية العلاجية، ولا يوجد بديل لاستخدام العلاج المعرفي الــسلوكي علــى أنفسنا (1996: 288)، وقد يجد بعض المعالجين مناحيَ أخرى بديلاً أفضل.

٣- إن ممارسة العلاج المعرفي السلوكي مع المرضى، واستخدام منحًى آخر عند معالجة المشكلات الشخصية، يوحي بوجود انشقاق بين العقل والقلب: حيــث يستجيب العقل للمنحى المعرفي السلوكي القــائم علــى الأدلــة التجريبيــة، والمشاركة النشطة، ومحدد الوقت، والذي يتعامل مع عدد هائل من الحالات، بينما يتوق القلب لاستكشاف منحًى غير مقيــد، ومجــرد مــن كــل أشــكال المقاييس، وجداول الأعمال، وأهداف الجلسات العلاجية، والواجبات المنزليــة «حيث يمكنني أن أكون نفسي، وأتجول أينما أريد، عندما أريد» كما قال لنــا بعض المعالجين، وعلى الرغم من أن هؤلاء المعالجين قد يكونوا ماهرين في ممارستهم للعلاج المعرفي السلوكي، فإنهم يقــدمون شخــصية زائفــة إلــى مرضاهم، لأنهم إذا سألوا من قبل المرضى، هل تطبقون العــلاج المعرفــي السلوكي على أنفسكم، سوف تكون الإجابة لا، ومن خــلال فحــص وإعــادة تشكيل معارفهم المختلة، يظل المعالجون متسقين مع ما يقولونه في الأمــاكن العامة، ويفعلونه مع أنفسهم، ومِن ثَمَّ يطبقونه مع مرضاهم.

إذا اختار المعالج المعرفي السلوكي أن يلجأ إلى أحد المتخصصين في العلاج المعرفي السلوكي، فمن الأفضل ألا يختار زميلاً له، وذلك للأسباب الآتية: قد تمنع

درجة المودّة بينهما إفصاح المريض عن كل ما يجول بخاطره «هل أريد حقًّا أن يعرف ذلك عني؟» وقد يحدث الرضا عندما يناقش خبيران في العلاج المعرفي السلوكي حالة المريض، كما لو كان إشرافًا مشتركًا طارئًا تبعًا لحاجة المريض، بينما يحدث التوتر عندما يضع المريض المعالج تحت الملاحظة، لمعرفة مدى كفاءته، ويسعى المعالج إلى إقناع زميله بمهاراته، والنتيجة عدم جدوى العلاج، ويتضح ذلك من خلال توتر علاقتهما بعد العلاج، ويمكن الشعور بذلك داخل القسم الذي يعملان به.

نجد من خلال خبراتنا أن بعض المعالجين المعرفيين السلوكيين، الذين يلجؤون إلى العلاج المعرفي السلوكي يقللون من فاعلية الإجراءات نفسها التي استخدموها بنجاح مع مرضاهم، من أجل إثبات أن مشكلاتهم معقدة جدًا بالنسبة إلى العلاج المعرفي السلوكي، ويستخدمون مصطلحات العلاج المعرفي السلوكي بكثرة، في محاولة لإثارة إعجاب المعالج دون إبداء أي قناعات بما يقولونه، أو يبدون بعض الحيرة بشأن كيفية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على أنفسهم.

قضايا أخرى

٩٩

المقاومة[١]

ربما تكون المفارقة الأساسية في العلاج النفسي هي حينما يأتي المرضى لطلب المساعدة من أجل التغلب على مشكلاتهم النفسية، ثم يقاومون على ما يبدو محاولات المعالج لمساعدتهم على تحقيق هذا الهدف، وينبع مفهوم المقاومة في العلاج النفسي من الأدبيات النفسية للعلاج الدينامي، التي تنطوي على معارضة المريض لمحاولات المعالج لجعل رغباته ودوافعه غير الواعية واعية، وتركز وجهة نظر العلاج المعرفي السلوكي في المقاومة على المعتقدات والسلوكيات التي تتداخل مع العلاج، سواء أظهرها المرضى أو المعالجون، ويُعرّف ليهي Leahy مقاومة المريض في العلاج المعرفي السلوكي بأنها «أي شيء في سلوك، أو تفكير، أو الاستجابة الانفعالية [المشاعر] أو أسلوب تفاعل المريض، يتداخل مع قدرة هذا المريض على الاستفادة من العلاج، واكتساب القدرة على التعامل مع المشكلات خارج العلاج» وبعد أن يتمَّ العلاج (11 :2001). قد تشمل هذه «التداخلات» عدم الالتزام بالواجبات المنزلية، والاستخدام الدائم لجملة «موافق...ولكن...»، وعدم الالتزام بجدول أعمال الجلسات العلاجية المتفق عليه، والتأخر الدائم عن موعد الجلسات، والاعتذار المتكرر عن حضور الجلسات، وعدم تحمل مسؤولية التغيير، والتركيز على الموضوعات غير ذات الصلة بالمرض، والمسايرة المبالغ فيها لكل ما يقترحه المعالج، والقفز من مشكلة إلى أخرى قبل حدوث أي تقدم في المشكلة الأولى، وتحول هذه التداخلات السابق ذكرها والتداخلات الأخرى دون أن يصبح المريض معالجًا ذاتيًّا، وهو الهدف النهائي من العلاج المعرفي السلوكي، ويشير كيوي ولازاروس Kwee & Lazarus إلى أن «المقاومة ستحدث حينما يحاول شخص أن يؤثر في شخص آخر، وإلا فإن العلاج سوف يكون مهمة سهلة إذا كان يتمثل فقط في إخبار المريض بما يجب عليه فعله» (1986: 333).

---

1 - Resistance.

قد تبدو مقاومة المريض للتغيير غير قابلة للتفسير، أو محيرة للمعالج، ولكنها ذات معنى بالنسبة إلى المريض، ويعي المعالج ذلك إذا كان لديه القدرة على التحقق من الأسباب الكامنة خلف هذا السلوك الذي يبدو متعنتًا، وعلى سبيل المثال، فالمريضة التي شُخصَت بأنها تعاني اضطراب كرب ما بعد الصدمة، عقب تعرضها لعملية سرقة بالإكراه في الشارع تتجنب مزيدًا ومزيدًا من المواقف، حيث تواجه إحساسًا متزايدًا بعدم الارتياح، والخطر على حياتها، وكان المعالج يشتكي للمشرف عليه (مايكل نينا أحد مؤلفي هذا الكتاب) من عدم امتثالها للواجبات المنزلية (مواجهة المواقف التي كانت تتجنبها كجزء من خطة العلاج) وعند الاستماع إلى التسجيلات الصوتية لجلسات العلاج، تبين أن المعالج كان يحاول الإسراع من وتيرة العلاج، لتحقيق تقدم سريع في خطة العلاج من أجل إثبات كفاءته كمعالج معرفي سلوكي (الحاجة إلى تأكيد الكفاءة الإكلينيكية هي موضوع دائم في الإشراف على المعالجين) «وينص بروتوكول العلاج على أهمية التعرض، وهذا ما أفعله» وقد اقترحت بصفتي المشرف عليه أن العلاج ربما يصبح موقفًا مهدِّدًا بالنسبة إلى المريضة لذلك فهي تتجنبه، بسبب حرصه على بدء التعرض الموقفي، وتبين صحة هذا الرأي، وبمجرد أن ضمن المعالج للمريضة أن وتيرة العلاج ستكون تحت سيطرتها، وليست تحت سيطرته، عادت إلى العلاج وتقدمت في التعرض الموقفي لاحقًا، كان ينبغي للمعالج أن يتحدث مباشرة مع المريضة حول هذه القضايا قبل بضعة أشهر.

وتشمل الصعوبات التي يأتي بها بعض المرضى إلى العلاج: الثقة بالمعالج، كون المريض غير قادر على اتخاذ قرار بتغيير الوضع الراهن في حياته، وبذل جهد متباين لتنفيذ الواجبات المنزلية وإتباع ذلك الجهد بعبارة «هل يستحق كل هذا العناء؟»، ومحاولة فهم مشكلاتهم من خلال رؤية العلاج المعرفي السلوكي، التي تختلف كثيرًا عن رؤيتهم الشخصية الراسخة للعالم، التي تبدو غريبة (على سبيل المثال: «أنا لست أنا على أي حال، لست متأكدًا من حبي لها»). عندما تبدأ في التفكير والتصرف بطرق غير مألوفة، لا يجب النظر إلى أيٍّ من هذه الصعوبات على أنها مقاومة، ولكن بدلاً من ذلك، يمكن النظر إليها على أنها عمليات حماية ذاتية ترشد المرضى إلى تقييم كل خطوة في العلاج بعناية، لتحديد إذا ما كانوا سوف يغادرون أم سوف يستكملون العلاج.

فيما يتعلق بالصعوبة الأولى التي يأتي بها بعض المرضى إلى العلاج، قد يشتكي المعالج من أن المريضة «لا تثق بي حقًا، ولم أحصل على تصور كامل

لمشكلاتها، إنها تقاوم الحديث عن مشكلاتها». إذا كان المعالج قد أولى اهتمامًا كبيرًا بصياغة الحالة التي طورها مع المريضة، فإنه سوف يلاحظ أن أحد الافتراضات الأساسية لدى المريضة هو: «إذا وضعت ثقتي بالناس، فسوف يخذلونني بشدة»، ونؤكد مرة أخرى أن منطق المريضة في عدم الثقة بهذا الغريب، الذي يعرَف باسم المعالج سليمٌ تمامًا، ويجب عليه كسب ثقة المريضة بمرور الوقت، ومع ذلك حتى إذا كانت أسباب مقاومة المرضى واضحة ومحددة، فإن ذلك لا يتبعه بالضرورة أن العلاج سيكون أسهل، أو أن المرضى سيستمرون في العلاج، وذلك لأن المرضى يعايشون صراعًا داخليًا، يقود كثيرين منهم لمقاومة تغيير أنفسهم خارج العلاج وداخله (Ellis, 2002: 46). يقترح ليهي Leahy أنه إذا تمكن المعالج من تبني موقف فضولي تجاه مقاومة المريض، ورؤيتها على أنها جزء من«التجربة التعاونية العلاجية» بدلاً من شخصنتها (على سبيل المثال: «لماذا يتصرف هذا المريض هكذا تجاهي، عندما أحاول مساعدته») ومن خلال وضع أنفسنا مكانهم، يمكننا مساعدتهم في العثور على الطريق الصحيح للتغلب على مشكلاتهم [الصعوبات التي يواجهونها] (2001: 287).

إن مقاومة المعالج تعوق تقدم المرضى، وعندما يسمي بعض المعالجين مرضاهم بأنهم «مقاومون» فقد يلصقون ذلك الاسم بالشخص الخطأ، ويشير لازاروس وفاي(1982) Lazarus & Fay إلى المقاومة بأنها عملية تبرير منطقي من قبل المعالج لفشل علاجه، وقد تشمل مقاومة المعالج في العلاج المعرفي السلوكي: تحديد جدول الأعمال والواجبات المنزلية من جانب واحد بدلاً من التعاون مع المريض، والسعي إلى تأكيد افتراضاته حول مشكلات المريض، بدلاً من تطبيق العلاج بعقل منفتح، ووضع أهداف طموحة للمرضى لإثبات قدراته العظيمة، وتطبيق بروتوكلات العلاج بشكل صارم، وإلقاء المحاضرات كثيرًا بدلاً من طرح الأسئلة، وعدم الاستماع إلى اهتمامات المرضى، والاستجابة لها، وإلقاء اللوم على المريض عند مواجهة أي صعوبات في العلاج، ومعالجة المرضى كما لو كان الهدف من العلاج هو تقدير«حكمة» المعالج.

يمكن أن تبدأ معالجة تلك القضايا سالفة الذكر، مع المعالجين الذين يخضعون لإشراف منتظم مع مشرف مختص، من خلال الاستماع إلى كثير من تسجيلات الفيديو الرقمية لجلسات العلاج، والقراءة لزيادة فهمه لمقاومته ومقاومة المريض (e.g. Beck, 2005; Ellis, 2002). من الصعب تطوير الوعي الذاتي الذي ينبه المعالج في بداية العلاج بسلوكه المضاد للعلاج، وعند ملاحظته لذلك السلوك

المضاد، يتوقف تغيير هذا السلوك على تردد المعالج أو تصميمه على تغييره، ومثل جودة أي نوع من المعالجين، هناك نقص في الوعي الذاتي لدى بعض المعالجين.

في بعض الأحيان يتحد كل من المعالج والمريض معًا لإعاقة التقدم في العلاج، وذلك عندما يصبحان منسجمَين بدرجة كبيرة، ومن ثَمَّ يصرفان أنفسهما عن مهام العلاج المعتادة، مثل معالجة الصعوبات النفسية للمريض، وفي مثل هذه الحالات، تكون المفارقة أنه إذا تحسن المريض، فإن الجانب الاجتماعي للعلاج يصبح مهددًا نتيجة لذلك، وقد يحدث التواطؤ بين المعالج والمريض لتجنب جعل العلاج فعالاً قدر الإمكان، ويُوجَّه هؤلاء المعالجون من خلال المشرفين إلى إعادة توجيه العلاج إلى هدفه الأساسي، المتمثل في حل المشكلات من خلال البحث عن الأفكار التي تسبب اضطراب المشاعر، ثم يتبنى كل من المعالج والمريض «النزعة المعرفية» لإيجاد استجابات تكيفية لكل منهما، وعادة ما تكون نتيجة هذه الاستراتيجية انخفاضًا حادًا في الجانب «الممتع» من العلاج.



الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي

يشير هذا المصطلح إلى إصدارات أحدث من العلاج المعرفي السلوكي، ووفقًا لمانسل وتايلور(Mansell & Taylor 2012) كانت الموجة الأولى هي التطور المستقل لكل من العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي في الخمسينيات والستينيات، وظهرت الموجة الثانية في سنة ١٩٨٠ مع دمج المنحى السلوكي والمعرفي معًا(العلاج المعرفي السلوكي)، وظهرت الموجة الثالثة في تسعينيات القرن الماضي، مع ظهور علاجات مثل العلاج بالقبول والالتزام (ACT; Hayes et al., 2011) والعلاج المعرفي القائم على التعقل (MBCT; Segal et al., 2013) والعلاج الجدلي السلوكي (DBT; Linehan, 1993).ثمة اختلافات فيما بين بعض علاجات الموجة الثالثة، ولكنها تتشارك جميعًا في تأكيد «حالة الوعي اليقظة»[١] (Mansell and Taylor, 2012: 8) وبينما يقوم العلاج المعرفي السلوكي التقليدي بفحص المحتوى المعرفي «الأفكار والمعتقدات» بهدف تغييره، فإن تكنيكات التعقل المعرفي تعلم المرضى أن يلاحظوا أفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الجسمية في اللحظة الراهنة، دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها، بغض النظر عن شدتها، ويلخص كراسك (2012) Craske منحى الموجة الثالثة بأنه يمثل وظيفة المحتوى، وبمعنى آخر ملاحظة التأثير السلبي للتفكير السلبي على المشاعر، مع عدم محاولة فحص أو مناقشة هذه الأفكار(المحتوى)، وبدلاً من ذلك نتعلم تقبل تجاربنا الداخلية كطريقة لتقليل هذا التأثير.

يعلم التعقل المرضى أن يغيروا علاقتهم بهذه الأفكار وليس تغيير هذه الأفكار في حد ذاتها، ويمكن أن تبدو الأفكار المقلقة أقوى مما هي عليه في الواقع، وذلك لأننا نواصل الجدال والمناقشة معها، ولأننا منشغلون بمحاولة قمعها أو السيطرة عليها، فتصبح محاولات الاسترخاء في وجودها، أو حث أنفسنا على التفكير الإيجابي عديمة الجدوى، ونصبح أسرى لتفكيرنا السلبي.

---

1 - Mindful state of awareness.

لا يتوقع من المرضى أن يظلوا طوال اليوم يلاحظون أفكارهم (تمامًا كما لا يتوقع من المرضى الذين يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي أن يظلوا طوال اليوم يتحَدُّون أفكارهم) بل أن ينخرطوا في أنشطة ذات قيمة مع قبول الأفكار والمشاعر التي تراودهم في أثناء ذلك، ولا ينبغي أن تستخدم تلك الأنشطة كشكل من أشكال التجنب، أو كطريقة للإلهاء عن تلك الأفكار والمشاعر، وعلى سبيل المثال، فقد يقرر أحد مرضى الاكتئاب التنزه سيرًا على الأقدام للحصول على بعض الهواء النقي، ومحاولة تحسين حالته المزاجية، ولكنه بدأ يفكر «لن أتحسن أبدًا، أنا مثير للشفقة لكوني كذلك» انخرط المريض مع أفكاره، وبدأ يقيم نفسه مرة أخرى، فماذا يفعل الآن؟

يمكنك البدء ببساطة في ملاحظة أن لديك فكرة سلبية، إنها هناك في تلك اللحظة، وبدلاً من محاولة التخلص من هذه الفكرة، أو بدلاً من أن تصبح غاضبًا منها، يمكنك أن تقول «ها أنت مرة أخرى» يمكنك الترحيب بالفكرة، ويمكنك أن تطلب من الفكرة أن تأتي للتنزه معك، مع التفكير السلبي فيك والحديث عنك وانتقادك، ويمكنك أن تقرر قبول ذلك، أنت تمشي في الوقت الحاضر، لاحظ وتقبل الواقع الذي أمامك (Leahy, 2010: 75).

قد يبدو أن طرق العلاج المعرفي السلوكي التقليدية، غير متوافقة مع مناحي الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، وأن الخلط بين الاثنين قد يكون مربكا فيما يخص مفاهيم كل منهما لكل من المريض والمعالج (هل من المفترض أن نفحص الأفكار أم أن نلاحظها فقط؟) نحن نتفق على أن المعالج المعرفي السلوكي الماهر يعمل على الجمع بين الاثنين، ولكن يمكننا قول شيء كالتالي:

هناك طرق مختلفة للتعامل مع أفكارنا المزعجة، ويتمثل المنحى التقليدي في العلاج المعرفي السلوكي في تلك الحالة في التراجع خطوة إلى الوراء من أجل فحصها بطريقة أكثر موضوعية، وإيجاد استجابات مفيدة لها، أما المنحى الجديد في العلاج المعرفي السلوكي، الذي يسمى «التعقل» فيتطلب أيضًا الرجوع خطوة إلى الوراء، ولكن ليس من أجل فعل أي شيء، فقط السماح لتلك الأفكار بأن تكون حاضرة في اللحظة الحالية، ودون الحكم عليها، ويؤدي كلا المنحيين إلى انخفاض المشاعر غير السارة، وإن لم تكن تحقق أي تقدم في محاولة تغيير الأفكار السُّخنة من خلال المنحى التقليدي، يمكنك القيام بالتحول إلى استراتيجية عدم القيام بأي شيء، ويمكنك مشاهدة هذه الأفكار وهي تتلاشى بسبب إهمالك لها، وإذا جاز التعبير، ماذا يمثل هذا الصوت بالنسبة إليك؟

يوحي مصطلح «الموجة الثالثة» أحيانًا بأن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي أصبح أمرًا منتهيًا (بمعنى آخر أن فحص الأفكار وتغييرها أصبح أمرًا غير مجدٍ، وعفا عليه الزمن) لكن في السنوات الأخيرة، يبدو أن [الإصدارات الحديثة من العلاج المعرفي السلوكي] تتيح ببساطة فهمًا أكثر وضوحًا، وفي بعض الحالات، التركيز على عمليات نفسية معينة، وأهداف العلاج، والمناهج العلاجية (Twohig et al., 2013: 227). يؤكد هؤلاء المؤلفون على أن جميع المناحي في مجال العلاج المعرفي السلوكي تستمر في التطور والتغيير، ويرى كلارك وبيك Clark & Beck (2010) أن هذه الإصدارات الأحدث من العلاج المعرفي السلوكي تزيد وتضاعف الأدوات الإكلينيكية (إجراءات وتكنيكات) العلاج المعرفي السلوكي.

الملاحق

ملحـــــق (١)
صياغة حالة مبدئية لمريض يعاني الرُّهاب الاجتماعي

العوامل المهيئـة التي تشكل قابليـة المريض المعرفية للإصابة بالمرض فـي المواقـف المـستقبلية حيـث يكـون تـوتره واضحا ويحـاول اخفاؤه

خبرات الحياة المبكرة : يتذكر المريض الخوف مـن أن يكون تحت الأضواء في المدرسة، حيث أدى ذلـك إلـى عقاب بدني من قبل المعلمين عندما أسـاء فهـم بعـض الأشياء «وقفت هناك أبكي، كان الأمر مهينا للغاية»
قلق في الكلية من أنه قد يجعل من نفسه أضحوكة ، وذلك إذا بدا ضعيفا أو متوترا، ومن ثم يصبح منبوذا.
الرسالة الضمنية «لا تظهر توترك للآخرين»

المعتقدات الأساسية و المعتقدات الوسيطة:
«أنا ضعيف» (معتقد أساسي)
«إذا استطعت السيطرة على نفسي باسـتمرار، فـسوف يراني الآخرون كفئا وقويا» (افتراض إيجابي)
«إذا أظهرت عدم الثقة، والتوتر، فسوف أكون عرضـة للسخرية والرفض» (افتراض سلبي)

استراتيجيات لتجنب تفعيل المعتقد الأساسي:
التظاهر بالقوة والتماسك
العمل بجد من أجل المضي قدما في الحياة
محاولة التخلص من أي نقائص في شخصيته

العوامل المرسبة (المفجرة)
تم تعينه رئيسا للجنة مهمة، ولكنه يشعر بـالقلق الـشديد حيال ذلك، خوفا من ظهـوره متـوترا أثنـاء رئاسـته للاجتماعات

المعتقد الأساسي و المعتقد الوسيط النشط:
سيعتقدون أنه ضعيف لأنه يبدوا متوترا، مما سيؤدي إلى السخرية منه، ورفضه من قبل أعضاء اللجنة.

الموقف:
انتظار التوقيع على محضر الاجتماع الأخير (وجوده في دائرة الضوء يذكره بأيام الدراسة)

عوامل تساهم في استمرار مشكلات المريض

الأفكار الآلية السلبية
« سوف ترتعش يدي لا إراديا »
« سوف أبدو متوترا وخارج نطاق السيطرة »
« مصداقيتي سوف تتدمر »
« لن يريدونني كرئيس لهم »

سلوكيات الحماية

↕ ↕ ↕ ↖↘

الوعي الذاتي/ قراءة الأفكار	يحافظ علي السيطرة الشديدة على نفسه	الأعراض الجسدية	المشاعر
	لديه قلم جاهز	ضربات قلب سريعة	حالة قلق
	يسارع بالتوقيع	تشوش الفكر	
		ضيق في الصدر	
		رعشة	

ملاحظة: الرهاب الاجتماعي«هو الخوف الملحوظ والمستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية، أو من أداء مهمة ما أمام أشخاص غير مألوفين، أو من تدقيق محتمل من قبل الآخرين، ويخشى الفرد من أن يتصرف بطريقة مهينة أو محرجة (أو تظهر عليه أعراض القلق): (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000).

ملحـــــق (٢)
مفكرة تسجيل الأفكار
اليومية لمريض يعاني الرُّهاب الاجتماعي

الموقف موصوف بدقة و إيجاز	الأفكار الآليّة السلبية تقييم درجة الاعتقاد في صحة هذه الأفكار (٠ : ١٠٠%)	المشاعر تقييم شدة المشاعر (٠ : ١٠٠%)	الأفكار البديلة المتوازنة تقييم درجة الاعتقاد في صحة الأفكار البديلة (٠ : ١٠٠%)	كيف تشعر الآن إعادة تقييم شدة المشاعر (٠ : ١٠٠%)
في انتظار تمرير محضر الاجتماع الأخير لي لكي أوقع عليه.	سوف ترتعش يدي لا إراديًا (٩٠%). سوف أبدو متوتِّرًا وخارج نطاق السيطرة (٩٠%). مصداقيتي سوف تتدمر (٩٥%). لن يريدوني رئيسًا لهم (٩٠%)	قلق (٩٠%)	لقد ارتعشت يدي في الماضي، ولكن لم يكن ذلك قط بدرجة لا يمكن التحكم فيها. (٧٠%) أنا أقرأ الأفكار مرة أخرى، إذا أردت أن أعرف كيف يرونني، فسوف أطلب منهم ذلك. (٧٠%) سوف يتطلب الأمر شيئًا أخطر بكثير من ارتعاش يدي لكي تدمر مصداقيتي. (٧٥%) لقد صوتّوا لي رئيسًا، وحسب علمي، ما زالوا يريدونني. (٧٥%)	قلق (٤٠%)

ملحـــــق (٣)
استمارة الواجبات المنزلية
لمريض يعاني الرُّهاب الاجتماعي

١- ما الواجبات؟ (متى تكتب، وأين، وكيف تُنفَّذ غالبًا)

في مساء يوم الجمعة، وفي هذا الاجتماع، سأنتظر بصبر حتى يُمرَّر محضر الاجتماع لي من قبل السكرتير، وسوف ألتقط قلمي برفق، وألقي نظرة علـــى كـــل صفحة من صفحات المحضر، وبعد ذلك سوف أوقع بـــبطء، ســـوف أقـــوم بهـــذه الأشياء وأنا في دائرة الضوء.

٢- ما الغرض من الواجبات؟ (يجب أن تتسق الواجبات مع ما حدث في جلـــسة العلاج، وأن تكون مرتبطة بأهداف المريض)

لاختبار تنبؤي الكارثي بأن يدي سوف ترتعش لا إراديًّا إذا قمـــت بالأشـــياء سالفة الذكر، سأغير سلوكياتي المعتادة التي تتمثل في خطف محضر الجلسة مـــن السكرتير، بعد أن يكون قلمي جاهزًا لكي أوقع على المحضر بأسرع مـــا يمكـــن، لكي أخرج من دائرة الضوء، وبعبارة أخرى، ســـأتخلى عـــن ســـلوكيات الأمـــان الخاصة بي.

٣- استكشاف العقبات التي تحول دون الانتهاء من الواجبات المنزلية

العائق المحتمل: سوف أكون قلقًا جدًّا بشأن الأمور التي يمكن أن تسير بشكل خطأ، إذا تخليت عن سلوكيات الأمان، وعندها سوف أتجنب القيام بالواجبات.

الرد: سأقوم بعمل هذه الواجبات، مهما كانت الصعوبات، لقـــد اكتفيـــت مـــن العيش مع هذا الخوف البغيض.

٤- التخطيط للطوارئ إذا ثبتت صعوبة تنفيذ الواجبات

أفعل ما أستطيع، دون ملاحظة أفكاري ومـــشاعري، التـــي منعتنـــي تنفيـــذ الواجبات، وأذكر نفسي بأن هذه الواجبات تتعلق جميعها بمعرفة مزيدٍ عن مشكلتي، وكيفية التغلب عليها، وهي بالتأكيد ليست حول النجـــاح أو الفـــشل فيمـــا يتعلـــق بالواجبات أو بنفسي.

المراجـــع

REFERENCES

Adams, M. (2014) *The Myth of the Untroubled Therapist: Private Life, Professional Practice*. Hove: Routledge.

Altrows, I. F. (2002) 'Rational emotive and cognitive behavior therapy with adult male offenders', *Journal of Rational–Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20 (3/4):201–222.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barlow, D. H. and Cerny, J. A. (1988) *Psychological Treatment of Panic*. New York: Guilford.

Barlow, D. H. and Craske, M. G. (1989) *Mastery of your Anxiety and Panic*. Albany, NY: Graywind Publications.

Beck, A. T. (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: New American Library.

Beck, A. T. (1987) 'Cognitive models of depression', *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1): 5–37.

Beck, A. T. (1988) *Love is Never Enough*. New York: Harper & Row.

Beck, A. T. and Dozois, D. J. A. (2011) 'Cognitive therapy: current status and future directions', *The Annual Review of Medicine*, 62: 397–409 (kindle edition).

Beck, A. T., Emery, G. and Greenberg, R. L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Steer, R. A. and Brown, G. K. (1996) *Beck Depression Inventory*, 2nd edn. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. and Steer, R. A. (1988) 'An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893–897.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. and Associates (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd edn. New York: Guilford.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993) *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (2005) *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. New York: Guilford.

Beck, J. S. (2011) *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2nd edn. New York: Guilford.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. and Westbrook, D. (eds.) (2004) *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Blackburn, I. M. and Davidson, K. (1995) *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety* (amended). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Blackburn, I. M. and Twaddle, V. (1996) *Cognitive Therapy in Action*. London: Souvenir Press.

Burns, D. D. (1989) *The Feeling Good Hand*book. New York: William Morrow.

Burns, D. D. (1999) *Feeling Good: The New Mood Therapy*, 2nd edn. New York: Avon.

Butler, G., Fennell, M. and Hackmann, A. (2008) *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders*. Guilford: New York.

Clark, D. A. (1995) 'Perceived limitations of standard cognitive therapy: a consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy', *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9 (3): 153–172.

Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford.

Clark, D. A. and Beck, A. T. (2012) *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution*. New York: Guilford.

Clark, D. A. and Steer, R. A. (1996) 'Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression', in P. M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford.

Clark, D. M. (1989) 'Anxiety states: panic and generalized anxiety', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Clark, D. M. (1996) 'Panic disorder: from theory to therapy', in P. M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford.

Cooper, M., Todd, G. and Wells, A. (2000) *Bulimia Nervosa: A Cognitive Therapy Programme for Clients*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cormier, W. H. and Cormier, L. S. (1985) *Interviewing Strategies for Helpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions*, 2nd edn. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Craske, M. G. (2010) *Cognitive-Behavioral Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dattilio, F. M. and Freeman, A. (1992) 'Introduction to cognitive therapy', in A. Freeman and F. M. Dattilio (eds), *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum.

Dattilio, F. M. and Padesky, C. A. (1990) *Cognitive Therapy with Couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Davidson, K. (2008) *Cognitive Therapy for Personality Disorders*, 2nd edn. Hove: Routledge.

DiGiuseppe, R. (1991a) 'Comprehensive cognitive disputing in RET', in M. E. Bernard (ed.), *Using Rational–Emotive*

Therapy Effectively: A Practitioner's Guide. New York: Plenum.

DiGiuseppe, R. (1991b) 'A rational–emotive model of assessment', in M. E. Bernard (ed.), *Using Rational–Emotive Therapy Effectively: A Practitioner's Guide.* New York: Plenum.

Dobson, D. and Dobson, K. S. (2009) *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. New York: Guilford.

Dobson, K. (2012) *Cognitive Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Dryden, W. (1995) *Brief Rational Emotive Behaviour Therapy*. Chichester: Wiley.

Edelman, S. (2006) *Change Your Thinking*. London: Vermilion.

Ellis, A. (2002) *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*, 2nd edn. New York: Springer.

Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. and Yeager, R. J. (1988) *Rational–Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. New York: Pergamon.

Espie, C. A. (2006) *Overcoming Insomnia and Sleep Problems*. London: Robinson.

Fairburn, C. G. (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford.

Feltham, C. and Dryden, W. (2006) *Brief Counselling: A Practical Integrative Approach*, 2nd edn. Maidenhead: Open University Press.

Fennell, M. J. V. (1989) 'Depression', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.

Fennell, M. J. V. (1997) 'Low self-esteem: a cognitive perspective', *Behavioural and Cognitive Psychot*herapy, 25 (1): 1-25.

Fennell, M. (1999) *Overcoming Low Self-Esteem*. London: Robinson.

Flew, A. (1975) *Thinking About Thinking*. London: Fontana.

Frankl, V. E. (1985) *Man's Search for Meaning* (revised and updated). New York: Washington Square Press.

Free, M. L. (1999) *Cognitive Therapy in Groups*. Chichester: Wiley.

Freeman, A. and Dattilio, F. M. (1992) 'Cognitive therapy in the year 2000', in A. Freeman and F. M. Dattilio (eds), *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum.

Freeman, A., Schrodt, G. R., Jr., Gilson, M. and Ludgate, J. W. (1993) 'Group cognitive therapy with inpatients', in J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck and J. W. Ludgate (eds), *Cognitive Therapy with Inpatients*. New York: Guilford.

Fuggle, P., Dunsmuir, S. and Curry, V. (2013) *CBT with Children, Young People and Families*. London: Sage.

Greenberger, D. and Padesky, C. A. (1995) *Mind Over Mood*. New York: Guilford.

Grieger, R. and Boyd, J. (1980) *Rational–Emotive Therapy: A Skills-Based Approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Hanna, F. J. (2002) *Therapy with Difficult Clients*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hauck, P. (1982) *How To Do What You Want To Do*. London: Sheldon.

Hayes, S., Strosahl, K. and Wilson, K. (2011) *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, 2nd edn. New York: Guilford.

Irvine, W. B. (2009) *A Guide to the Good Life: The Ancient Art of Stoic Joy*. New York: Oxford University Press.

Irvine, W. B. (2013) *A Slap in the Face: Why Insults Hurt – and Why They Shouldn't*. New York: Oxford University Press.

James, I. A. (2001) 'Schema therapy: the next generation, but should it carry a health warning?', *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (4): 401–407.

James, I. A. (2010) *Cognitive Behavioural Therapy with Older People*. London: Jessica Kingsley.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. and L'Abate, L. (eds) (2005) *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Routledge.

Kirk, J. (1989) 'Cognitive-behavioural assessment', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds), *Cognitive*

Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press.

Kolakowski, L. (2008) *Why is There Something Rather Than Nothing? Questions from Great Philosophers*. London: Penguin.

Kroese, B. S., Dagnan, D. and Loumidis, K. (1997) *Cognitive Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. London: Brunner-Routledge.

Kuehlwein, K. T. (2002) 'The cognitive treatment of depression', in G. Simos (ed.), *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*. Hove: Brunner-Routledge.

Kuyken, W., Padesky, C. and Dudley, R. (2009) *Collaborative Case Conceptualization*. New York: Guilford.

Kwee, M. G. T. and Lazarus, A. A. (1986) 'Multimodal therapy: the cognitive-behavioural tradition and beyond', in W. Dryden and W. Golden (eds), *Cognitive- Behavioural Approaches to Psychotherapy*. London: Harper & Row.

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L. and Gallagher-Thompson, D. (2003) *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester: Wiley.

Lazarus, A. (1984) *In the Mind's Eye*. New York: Guilford.

Lazarus, A. and Fay, A. (1982) 'Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective', in P. Wachtel (ed.), *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. New York: Plenum.

Leahy, R. L. (2001) *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford.

Leahy, R. L. (2003) *Cognitive Therapy Techniques*. New York: Guilford.

Leahy, R. L. (2008) 'The therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy', *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (6): 769–77.

Leahy, R. L. (2010) *Beat the Blues Before They Beat You: How to Overcome Depression*. Carlsbad, CA: Hay House.

Leahy, R. L., Holland, S. J. and McGinn, L. K. (2012) *Treatment*

Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders, 2nd edn. New York: Guilford.

Ledley, D. R., Marx, B. P., and Heimberg, R. G. (2010) *Making Cognitive-Behavioral Therapy Work*, 2nd edn. New York: Guilford.

Linehan, M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Mansell, W. and Taylor, J. (2012) 'What is CBT and what isn't CBT', in W. Dryden and R. Branch (eds), *The CBT Handbook*. London: Sage.

Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (eds) (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

Martell, C. R., Dimidjian, S. and Herman-Dunn, R. (2010) *Behavioral Activation for Depression*. New York: Guilford.

McKay, M. and Fanning, P. (1991) *Prisoners of Belief*. Oakland, CA.: New Harbinger.

McKay, M., Davis, M. and Fanning, P. (2011) *Thoughts and Feelings: Taking Control of Your Moods and Your Life*, 4th edn. Oakland, CA: New Harbinger.

Mooney, K. A. and Padesky, C. A. (2000) 'Applying client creativity to recurrent problems: constructing possibilities and tolerating doubt', *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14 (2): 149–161.

Moorey, S. (1990) 'Cognitive therapy', in W. Dryden (ed.), *Individual Therapy: A Handbook*. Milton Keynes: Open University Press.

Morrison, A. (ed.) (2001) *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. Hove: Brunner-Routledge.

Naugle, A. E. and Follette, W. C. (1998) 'A functional analysis of trauma symptoms', in V. M. Follette, J. I. Ruzek and F. R. Abueg (eds), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York: Guilford.

Neenan, M. (2009) *Developing Resilience: A Cognitive- Behavioural Approach*. Hove: Routledge.

Neenan, M. and Dryden, W. (2000) *Essential Cognitive Therapy*.

London: Whurr. Copyright Material – Provided by Taylor & Francis

Neenan, M. and Dryden, W. (2002) *Cognitive Behaviour Therapy: An A– Z of Persuasive Arguments*. London: Whurr.

Neenan, M. and Dryden, W. (2011) *Cognitive Therapy in a Nutshell*, 2nd edn.. London: Sage.

Neenan, M. and Dryden, W. (2014) *Life Coaching: A Cognitive Behavioural Approach*, 2nd edn. Hove: Routledge.

Neenan, M. and Palmer, S. (1998) 'A cognitive-behavioural approach to tackling stress', *Counselling, the Journal of the British Association for Counselling*, 9 (4): 315–319.

Newman, C. F. (1989) 'Where's the evidence? A clinical tip', *International Cognitive Therapy Newsletter*, 5 (1): 4, 8.

Newman, C. F. (2000) 'Hypotheticals in cognitive psychotherapy: creative questions, novel answers, and therapeutic change', *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14 (2): 135–147.

Newman, C. F. (2013) *Core Competencies in Cognitive- Behavioral Therapy*. New York: Routledge.

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington,
N. A. and Gyulai, L. (2002) *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Padesky, C. A. (1993a) 'Staff and patient education', in J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck and J. W. Ludgate (eds), *Cognitive Therapy with Inpatients*. New York: Guilford.

Padesky, C. A. (1993b) 'Socratic questioning: changing minds or guiding discovery?' A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London, 24 September.

Padesky, C. A. (1994) 'Schema change processes in cognitive therapy', *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1 (5): 267–278.

Padesky, C. A. (1996) 'Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models', in P. M. Salkovskis

(ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford.

Padesky, C. A. and Greenberger, D. (1995) *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. New York: Guilford.

Persons, J. B. (1989) *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*. New York: Norton.

Persons, J. B., Burns, D. D. and Perloff, J. M. (1988) 'Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting', *Cognitive Therapy and Research*, 12 (6): 557–575.

Robertson, D. (2010) *The Philosophy of Cognitive-Behavioural Therapy (CBT): Stoic Philosophy as Rational and Cognitive Psychotherapy*. London: Karnac.

Safran, J. D. and Muran, J. C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: Guilford.

Safran, J. D. and Segal, Z. V. (1990) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

Salkovskis, P. M. (1991) 'The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account', *Behavioural Psychotherapy*, 19: 6–19.

Salkovskis, P. M. and Clark, D. M. (1991) 'Cognitive therapy for panic disorder', *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5 (3): 215–226.

Scott, M. J. (2009) *Simply Effective Cognitive Behaviour Therapy*. Hove: Routledge.

Segal, Z., Williams, M. and Teasdale, J. (2013) *Mindfulness- Based Cognitive Therapy for Depression*, 2nd edn. New York: Guilford.

Shafran, R., Brosan, L., and Cooper, P. (eds) (2013) *The Complete CBT Guide for Anxiety*. London: Robinson.

Stallard, P. (2002) *Think Good–Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People*. Chichester: Wiley.

Taylor, S. (2006) *Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive- Behavioral Approach*. New York: Guilford.

Tinch, C. S. and Friedberg, R. D. (1996) 'The schema identification

worksheet: a guide for clients and clinicians', *International Cognitive Therapy Newsletter*, 10 (4): 1-4.

Tompkins, M. A. (2004) *Using Homework in Psychotherapy*. New York: Guilford.

Twohig, M., Woidneck, M. and Crosby, J. (2013) 'Newer generations of CBT for anxiety disorders', in G. Simos and S. Hofmann (eds) *CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Walen, S. R., DiGiuseppe, R. and Dryden, W. (1992) *A Practitioner's Guide to Rational–Emotive Therapy*, 2nd edn. New York: Oxford University Press.

Warburton, N. (2007) *Thinking from A to Z*, 3rd edn. London: Routledge.

Weishaar, M. E. (1993) *Aaron T. Beck*. London: Sage.

Weishaar, M. E. (1996) 'Developments in cognitive therapy', in W. Dryden (ed.), *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. London: Sage.

Weishaar, M. E. and Beck, A. T. (1986) 'Cognitive therapy', in W. Dryden and W. Golden (eds), *Cognitive-Behavioural Approaches to Psychotherapy*. London: Harper & Row.

Wells, A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester: Wiley.

Westbrook, D., Kennerley, H. and Kirk, J. (2011) *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy*, 2nd edn. London: Sage.

White, C. A. (2001) *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*. Chichester: Wiley.

Wills, F. (2012) 'Assessment and formulation in CBT', in W. Dryden and R. Branch (eds), *The CBT Handbook*. London: Sage.

Wills, F. and Sanders, D. (1997) *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. London: Sage.

Willson, R. and Veale, D. (2009) *Overcoming Health Anxiety*. London: Robinson.

Young, J., Klosko, J. and Weishaar, M. (2003) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.

العلاج المعرفي السلوكي

١٠٠ نقطة أساسية وتكنيك

تأليف

مايكل نينا

ويندي درايدن

ترجمة

د. عبد الجواد خليفة أبو زيد



مكتبة الأنجلو المصرية